

GRAVIDEZ E SEROPOSITIVIDADE EM MULHERES IMIGRANTES NA REGIÃO DE LISBOA

LÍDIA CORREIA LOPES



acidi

Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, L. P.



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

**GRAVIDEZ E SEROPOSITIVIDADE
EM MULHERES IMIGRANTES NA REGIÃO
DE LISBOA**

Lídia Correia Lopes

Biblioteca Nacional de Portugal – Catalogação na Publicação

LOPES, Lídia Maria Mota Correia

Gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes na
Região de Lisboa. – (Teses ; 11)

ISBN 978-989-8000-35-4

CDU 618
616
316

PROMOTOR
ALTO-COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO
E DIÁLOGO INTERCULTURAL (ACIDI, I.P.)
www.acidi.gov.pt

AUTOR
LÍDIA CORREIA LOPES
E-MAIL: lidia.lopes@erisa.pt

EDIÇÃO
ALTO-COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO
E DIÁLOGO INTERCULTURAL (ACIDI, I.P.)
RUA ÁLVARO COUTINHO, N.º 14, 1150-025 LISBOA
Telefone: [00351] 218 106 100 Fax: [00351] 218 106 117
E-MAIL: acidi@acidi.gov.pt

EXECUÇÃO GRÁFICA
EDITORIAL DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

PRIMEIRA EDIÇÃO
250 EXEMPLARES

ISBN
978-989-8000-35-4

DEPÓSITO LEGAL
260 706/07

LISBOA, NOVEMBRO 2007

Dissertação de Mestrado em
Comunicação em Saúde

Autora: Lídia Maria Mota Correia Lopes

Orientadora: Professora Doutora Maria Natália Ramos

Universidade Aberta de Lisboa

BEIJO DE SAUDADE

Onda sagrada do Tejo,
Deixa-me beijar as tuas águas,
Deixa-me dar-te um beijo,
Um beijo de mágoa,
Um beijo de saudade,
Para lewares ao mar,
E o mar à minha terra.
Na tua onda cristalina,
Deixa-me dar-te um beijo,
Na tua boca de menina,
Deixa-me dar-te um beijo óh Tejo,
Um beijo de mágoa,
Um beijo de saudade,
Para lewares ao mar,
E o mar à minha terra.
(...)
Terra da minha mãe, terra dos
meus
amores.

BÊJO DI SODÁDE

*Onda sagrada di Tejo,
Dixá´m bejábó bô ága,
Dixá´m dábo um bêjo,
Um bêjo di mágua,
Um bêjo di sodádi,
Pá bô levá mar,
Pá mar levá nha terra.
Na bô onda, cristalina,
Dixá´m dábo um bêjinho,
Na bô boca di minina,
Dixá´m dábo um bêjo óh Tejo,
Um bêjo di mágua,
Um bêjo di sodádi,
Pá bô levá mar,
Pá bô levá nha terra.
Nha terra ê quê´l piquinino,
(...)
Terra di nha mãe, terra di nha
cretchêu.*

Celina Pereira, Harpejos e Gorgeios

Índice

PREFÁCIO	13
NOTA PRÉVIA	17
SUMÁRIO	19
ABSTRACT	21
INTRODUÇÃO	25
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	31
CAPÍTULO I – COMUNICAÇÃO E MULTICULTURALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE	31
1.1. COMUNICAÇÃO EM CONTEXTO DE SAÚDE	32
1.2. CUIDAR NA MULTICULTURALIDADE	36
1.2.1. A Teoria dos Cuidados Culturais	38
CAPÍTULO II – MIGRAÇÃO	43
2.1. CONTEXTOS E CONCEITOS	43
2.2. ASPECTOS FÍSICOS E PSICOSSOCIAIS DA MIGRAÇÃO	47
2.3. O FENÓMENO MIGRATÓRIO PORTUGUÊS	49
2.3.1. Portugal – País de Acolhimento	51
2.3.2. Fluxos Imigratórios Nacionais	54
2.3.3. Dados Estatísticos	57
2.4. MULHERES MIGRANTES EM PORTUGAL	67
2.4.1. Evolução da Imigração Feminina	69
2.4.2. Caracterização da População Feminina Imigrante	71
CAPÍTULO III – O VIH E A SÍNDROMA DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA	78
3.1. BREVE HISTÓRIA DA DOENÇA	80
3.2. CARACTERIZAÇÃO DA SIDA	82
3.2.1. Diagnóstico da Infecção	84
3.2.2. Da Fase Assintomática à Fase Sintomática	85
3.2.3. Tratamento	88
3.3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SIDA	94
3.4. A SIDA E OS NÚMEROS	96

CAPÍTULO IV – AS MULHERES, O VIH E A MATERNIDADE	99
4.1. O VIH NO GÉNERO FEMININO	100
4.2. ASPECTOS ESPECÍFICOS DA GRAVIDEZ E PARTO NA PRESENÇA DE SEROPOSITIVIDADE	104
4.3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRÁVIDA SEROPOSITIVA	105
4.4. TRANSMISSÃO VERTICAL DO VIH	108
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	113
CAPÍTULO V – METODOLOGIA	113
5.1. CARACTERIZAÇÃO E LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO	113
5.2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL	116
5.2.1. Caracterização Demográfica do Concelho de Amadora	117
5.2.2. Caracterização Demográfica do Concelho de Sintra	118
5.2.3. Caracterização do Hospital Fernando Fonseca	120
5.3. CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DA AMOSTRA	123
5.4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	124
5.4.1. Histórias de Vida Sumária dos Sujeitos	125
5.4.2. Identificação dos Sujeitos	146
5.4.3. Características relativas à Condição de Imigrante	155
5.4.4. Caracterização dos Companheiros das Grávidas	168
5.4.5. Caracterização dos Sujeitos segundo a História Obstétrica	172
5.4.6. Caracterização dos Sujeitos segundo a História Clínica – Seropositividade	182
CAPÍTULO VI – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	190
6.1. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	190
6.1.1. Concepções e práticas de estar saudável	190
6.1.1.1. <i>Sente-se saudável</i>	191
6.1.1.2. <i>Forma como lida com os problemas de saúde</i>	194
6.1.1.3. <i>Procura de cuidados de saúde</i>	195
6.1.1.4. <i>Procura de soluções alternativas à medicina convencional</i>	196
6.1.1.5. <i>Recurso à automedicação</i>	197
6.1.2. Conhecimento do diagnóstico	198
6.1.2.1. <i>Profissional de saúde que informou sobre o diagnóstico de seropositividade</i>	199
6.1.2.2. <i>Informação fornecida sobre a doença</i>	200

6.1.2.3. <i>Atitudes/sentimentos face aos comportamentos dos profissionais de saúde quando da transmissão do diagnóstico</i>	201
6.1.2.4. <i>Sentimentos/atitudes face ao diagnóstico</i>	203
6.1.3. Revelação do diagnóstico de seropositividade	205
6.1.4. Representações sobre o indivíduo seropositivo e a seropositividade	208
6.1.5. Sentimentos/atitudes face à actual gravidez e ao diagnóstico da seropositividade	211
6.1.6. Percepção da influência da presente gravidez no futuro	213
6.1.7. Preocupações/inquietações actuais	217
6.1.8. Dúvidas associadas à gravidez e à sua seropositividade	220
6.1.9. Estratégias de adaptação à presente gravidez face à existência do VIH	223
6.1.10. Suporte dado pelos Profissionais de Saúde	224
CONCLUSÃO	233
BIBLIOGRAFIA	241
SIGLAS	249

Índice de Figuras

Figura 1 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Grupo Etário	147
Figura 2 – Distribuição dos Sujeitos segundo a Escolaridade	148
Figura 3 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Estado Civil	150
Figura 4 – Distribuição dos Sujeitos segundo a Estrutura Familiar	151
Figura 5 – Distribuição dos Sujeitos segundo a existência de Familiares em Portugal	152
Figura 6 – Distribuição dos Sujeitos segundo a Situação Profissional Actual	153
Figura 7 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Concelho de Residência	154
Figura 8 – Distribuição dos Sujeitos segundo a Religião	155
Figura 9 – Distribuição dos Sujeitos segundo o País de Nascimento	156
Figura 10 – Distribuição dos Sujeitos segundo a Nacionalidade	157
Figura 11 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Grupo Étnico específico a que pertencem	157
Figura 12 – Distribuição dos Sujeitos segundo as Línguas que falam	158
Figura 13 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Dialecto que falam	159
Figura 14 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Tempo (anos) de Saída do País de Origem	159
Figura 15 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Tempo (anos) de Saída do País de Origem e de Permanência em Portugal	160
Figura 16 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Tempo (anos) de Permanência em Portugal	161
Figura 17 – Distribuição dos Sujeitos segundo as Razões que Levaram a Sair do País de Origem	162
Figura 18 – Distribuição dos Sujeitos segundo as Razões Porque Escolheram Portugal como País de Residência	162
Figura 19 – Distribuição dos Sujeitos segundo as Dificuldades que sentiram quando chegaram a Portugal	163
Figura 20 – Distribuição dos Sujeitos segundo as Dificuldades sentidas actualmente	164
Figura 21 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Estatuto de Imigrante	166
Figura 22 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Desejo de Voltar ao País de Origem	166

Figura 23 – Distribuição dos Companheiros das Grávidas segundo o Grupo Etário	168
Figura 24 – Distribuição dos Companheiros das Grávidas segundo o País de Nascimento	169
Figura 25 – Distribuição dos Companheiros das Grávidas segundo a Nacionalidade	170
Figura 26 – Distribuição dos Companheiros das Grávidas segundo a Profissão	170
Figura 27 – Distribuição dos Companheiros das Grávidas segundo o Estatuto de Imigrante	171
Figura 28 – Distribuição dos Sujeitos segundo a História Obstétrica	172
Figura 29 – Distribuição do número de Filhos Vivos, Filhos Mortos e Abortos pelos Sujeitos	173
Figura 30 – Distribuição dos Sujeitos segundo o número de Filhos Mortos	174
Figura 31 – Distribuição dos Sujeitos segundo o número de Filhos Vivos	175
Figura 32 – Distribuição do número e idade dos Filhos pelos Sujeitos	176
Figura 33 – Distribuição dos Sujeitos segundo a opinião sobre como decorreram as Gravidezes anteriores	177
Figura 34 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Desejo da Actual Gravidez	178
Figura 35 – Relação da História Obstétrica dos Sujeitos e o Desejo da Actual Gravidez	179
Figura 36 – Conhecimento da Sero positividade face à actual Gravidez	181
Figura 37 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Tempo de Diagnóstico do VIH	182
Figura 38 – Causas de Transmissão do VIH referidas pelos Sujeitos	183
Figura 39 – Efeitos da Sero positividade referidos pelos Sujeitos	185
Figura 40 – Conhecimento do Risco da Transmissão Vertical do VIH	186
Figura 41 – Relação do Desejo de Voltar a Engravidar com o Conhecimento do Risco da Transmissão Vertical do VIH	187

Índice de Quadros

Quadro 1 – Portugueses e estrangeiros residentes em Portugal (1991 e 2001)	60
Quadro 2 – Estrangeiros residentes em Portugal, segundo as nacionalidades mais representativas (1991 e 2001)	61
Quadro 3 – Relações de masculinidade da população residente em Portugal, por regiões e países (1991 e 2001)	63
Quadro 4 – Ordenação dos países de origem dos estrangeiros residentes em Portugal, segundo a idade média (2001)	64
Quadro 5 – Distribuição dos estrangeiros residentes por regiões e principais países de origem (2001)	65
Quadro 6 – Taxas de natalidade e fecundidade das populações de nacionalidade portuguesa e estrangeira (2001)	66
Quadro 7 – População com estatuto legal de residente, por nacionalidade e sexo (2001 e 2002)	70
Quadro 8 – População estrangeira residente no Concelho de Sintra, por nacionalidade (2001)	119
Quadro 9 – Caracterização das grávidas seropositivas seguidas na Consulta de Obstetrícia do HFF (2004)	122
Quadro 10 – Concepções e práticas da condição de estar saudável	191
Quadro 11 – Conhecimento do diagnóstico de seropositividade para o VIH	198
Quadro 12 – Revelação do diagnóstico de seropositividade	205
Quadro 13 – Representações sobre o indivíduo seropositivo e a seropositividade	209
Quadro 14 – Sentimentos/atitudes face à actual gravidez e ao diagnóstico da seropositividade	212
Quadro 15 – Percepção da influência da presente gravidez no futuro	214
Quadro 16 – Preocupações/inquietações actuais	218
Quadro 17 – Dúvidas associadas à gravidez e à sua seropositividade	221
Quadro 18 – Estratégias de adaptação à presente gravidez face à existência do VIH	223
Quadro 19 – Suporte dado pelos Profissionais de Saúde	225

PREFÁCIO

A presente obra é dedicada à gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes na região de Lisboa e tem como base a investigação que *Lídia Maria Mota Correia Lopes* realizou no âmbito da sua Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde defendida na Universidade Aberta.

A autora, enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica e docente do ensino superior nesta área, apresenta de forma clara, sucinta e bem fundamentada questões relacionadas com o fenómeno das migrações, nomeadamente em Portugal e no feminino, com a comunicação e os cuidados de saúde em contexto multicultural e, ainda com as implicações do VIH/SIDA na gravidez e maternidade, particularmente, em contexto migratório.

A obra vem colocar para análise e discussão, questões da maior actualidade e pertinência relativamente aos fenómenos das migrações internacionais e do VIH/SIDA, duas problemáticas em aumento crescente em todo o mundo, tocando hoje todas as regiões do planeta e todas as categorias sociais, num processo sem fronteiras geográficas e sociais e num mundo globalizado e multicultural.

Actualmente, 1 em cada 35 pessoas é migrante internacional, o que faz com que as mulheres e os homens do século XXI, mantenham múltiplas pertenças e redes transnacionais, desenvolvam novas formas de relações sociais e novas práticas de cidadania, tenham conquistado novos direitos, mas conheçam igualmente novas formas de discriminação e de exclusão. Com efeito, os fluxos migratórios crescem hoje a um ritmo mais rápido do que o crescimento da população mundial. O número de migrantes internacionais quase triplicou desde 1970, constatando-se que cerca de 200 milhões de pessoas vivem hoje fora dos seus países de origem, que quase metade destes migrantes são mulheres e que cerca de 60 milhões vivem na Europa. Em relação à União Europeia (UE) o número de migrantes provenientes de países extra europeus aumentou 75% desde 1980, Portugal tendo vindo também a reforçar o seu carácter de país de imigração. No que diz respeito ao nosso país, a população imigrante representa actualmente 5% da população residente, a maioria sendo proveniente dos PALOP, da Europa de Leste e do Brasil.

A população imigrante é uma população heterogénea. Contudo, e tal como é evidenciado nesta obra, a predominância de baixos níveis de escolarização e de qualificação profissional, a inserção tendencial em sectores onde é mais precária e instável a relação salarial, onde há um grande

peso de integração de imigrantes em situação irregular, desprovidos de qualquer sistema de protecção social, a precariedade das condições sociais e habitacionais, o desenraizamento e isolamento social, as dificuldades em compreender e adoptar as normas socioculturais do país de acolhimento e as atitudes de discriminação, vêm reforçar a exclusão social e cultural, reduzir as possibilidades de participar na vida colectiva, aumentar as dificuldades de recurso às estruturas de apoio e acentuar os factores de risco, de stresse e de vulnerabilidade. A migração poderá representar uma experiência traumática, muito em particular, para a mãe e criança migrante, possível de originar traumatismos múltiplos e silenciosos.

O estado de saúde dos migrantes, em particular das mulheres migrantes e, as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde e à prevenção, estão pois relacionados com um conjunto variado e complexo de factores onde se destacam factores pessoais, psicológicos, socioeconómicos, culturais e políticos, nomeadamente, os recursos pessoais, o nível de integração na sociedade de acolhimento, as redes sociais e de suporte e as políticas da sociedade de acolhimento.

As mulheres migrantes ou não, nos países industrializados ou em desenvolvimento, constituem um grupo no qual a prevalência de infecção pelo VIH tem vindo a aumentar consideravelmente. No mundo, estima-se em 41 milhões o número de pessoas que vivem com o VIH/SIDA, perto de 50% sendo mulheres. Contudo, nas jovens mulheres entre os 15 e os 24 anos, a percentagem atinge mais de 60% e no continente africano 60% das pessoas infectadas são mulheres ou adolescentes (ONUSIDA, 2004).

As mulheres em geral, e as migrantes em particular, estão mais expostas a factores de risco e vulnerabilidade em relação ao VIH/SIDA, nomeadamente, devido a factores relacionados com a transmissão sexual, às desigualdades existentes entre homens e mulheres, às situações de pobreza e exclusão, ao reduzido acesso à informação e à educação e ainda aos menores recursos e competências em relação aos homens para se protegerem.

O VIH/SIDA tem múltiplas implicações e consequências ao nível sanitário, psicológico, social e familiar, que vão desde o isolamento, abandono e rejeição social, à doença e à morte, ao medo, revolta, ansiedade e depressão, à diminuição da auto-estima, ao sentimento de perda de controlo, ao medo da discriminação e da transmissão, nomeadamente da transmissão vertical no caso das mulheres grávidas, a disfuncionamentos sexuais, a perturbações familiares, profissionais e socioeconómicas. Esta

doença tem graves consequências sobre a dinâmica e a organização familiar, criando um conjunto de circunstâncias que originam ou agravam a pobreza e a exclusão dos indivíduos e das famílias, destruindo as relações do indivíduo com o seu meio, isolando as famílias, fragilizando a inserção e o suporte social, elementos importantes para a saúde e o bem-estar.

Como testemunham os relatos das mulheres entrevistadas, as mulheres imigrantes grávidas infectadas pelo VIH/SIDA, são duplamente expostas ao stresse, à vulnerabilidade e ao trauma, às situações de conflito, de perda e de ruptura, já que têm de lidar com as questões relacionadas com a gravidez e a maternidade e com o conjunto de transformações e mudanças implicadas neste processo, com as consequências médicas, psicológicas e sociais do VIH/SIDA e os medos, estigmas e rejeição associados e ainda, com as questões de adaptação e aculturação a uma nova cultura e sociedade, muitas vezes, códigos culturais e universos completamente estranhos, incompreensíveis e hostis.

A obra vem salientar a urgência da intervenção junto desta população, alertar para a necessidade da promoção de práticas, estratégias e políticas de promoção da saúde e prevenção da doença numa perspectiva multidisciplinar, nomeadamente, ao nível da informação e da educação como estratégias de prevenção do VIH/SIDA, ao nível da saúde reprodutiva, do aconselhamento e apoio psicológico e da melhoria do apoio terapêutico e psicossocial a esta população e ainda da formação dos profissionais de saúde no sentido da prestação de cuidados adaptados às necessidades individuais e culturais dos utentes, em particular, das mulheres grávidas seropositivas em situação de imigração.

Professora Doutora Natália Ramos
Universidade Aberta
Lisboa, Abril de 2006

NOTA PRÉVIA

Gravidez e Sero positividade em Mulheres Imigrantes na Região de Lisboa é o resultado de um trabalho de investigação inserido no Mestrado Comunicação em Saúde da Universidade Aberta de Lisboa e orientado pela Professora Doutora Natália Ramos. Consiste numa tese defendida em Julho de 2005, que estuda a problemática do VIH na população feminina imigrante, tema do interesse profissional da investigadora.

Actualmente, a sociedade vê-se confrontada com a progressão da infecção nas mulheres, com todas as consequências psicossociais, económicas e reprodutivas inerentes. Ligado a estes aspectos encontra-se o facto da imigração feminina estar a aumentar significativamente em Portugal. As condições de pobreza, a desinserção social e a falta de suporte social e familiar são factores que agravam as condições de vida destas mulheres. Por se encontrarem maioritariamente em idade fértil, a maternidade e a transmissão vertical tornam-se num problema a que os profissionais de saúde não podem estar alheios.

É forçoso que se compreenda as necessidades específicas de cada grávida imigrante seropositiva, atentando nos saberes, nas práticas tradicionais e nos rituais familiares e sociais de forma a adaptar culturalmente os cuidados prestados.

O presente estudo traduz um percurso caracterizado, inevitavelmente, por avanços e recuos, por conquistas e frustrações, por dúvidas e certezas, próprias de um processo de investigação e de um campo de investigação particularmente difícil. Sem a colaboração, o apoio e o incentivo de muitas pessoas este trabalho não teria sido possível, pelo que a autora deseja expressar os seus agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para que ele se tenha tornado uma realidade.

À Professora Doutora Natália Ramos pela orientação cedida, pela disponibilidade demonstrada, pela confiança depositada e no entusiasmo pela publicação do trabalho.

À Doutora Fernanda Matos, pelo interesse e empenhamento e no debate de ideias e dúvidas.

À Doutora Arminda Sustelo, pela colaboração fundamental na pesquisa de documentação, na revisão bibliográfica e no carinho que sempre demonstrou.

A todos os Profissionais da Consulta de Obstetrícia do Hospital Fernando Fonseca que tornaram possível a recolha de dados.

À Fátima Fidalgo pela criatividade e arte com que se entregou à pintura da capa do trabalho.

Aos amigos pelo carinho e compreensão face à indisponibilidade.

À Ana, por estar sempre presente nos momentos mais difíceis desta caminhada.

À sogra, Eduarda, pela revisão do texto e suas sugestões.

Ao marido, Eduardo, pela importante colaboração no tratamento dos dados em Excel e na elaboração dos gráficos. E, ainda, pelo seu optimismo e afecto dispensados.

Ao filho, Pedro Miguel, pelo entusiasmo e força demonstrados.

Aos pais pelo encorajamento e compreensão por algum afastamento menos usual.

A todas as grávidas que participaram neste estudo, partilhando não só momentos de tristeza, medos e receios, mas também momentos de felicidade e sabedoria humana.

A publicação deste livro constitui uma oportunidade de divulgar o estudo realizado, desejando que possa tornar-se útil ao leitor. Foi mantido o texto original, tendo sido necessário apenas adaptar o tipo de Figuras, devido às características de impressão da obra.

SUMÁRIO

Numa sociedade cada vez mais multicultural, a incidência da gravidez em mulheres seropositivas para o VIH associada às minorias étnicas exige aos profissionais de saúde uma responsabilização no cuidar, numa perspectiva transcultural.

A investigação teve como principais objectivos compreender as preocupações, dúvidas e dificuldades vividas por um grupo de grávidas seropositivas imigrantes, utentes da Consulta de Obstetrícia de um Hospital da Região de Lisboa, conhecer a sua opinião relativa ao tipo de apoio dado pelos profissionais de saúde durante a actual gravidez e o desejo de outros tipos de apoio.

Para o estudo, exploratório e descritivo, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. Numa primeira fase, foram trabalhados os dados quantificáveis referentes às características socioculturais e demográficas e ao percurso migratório; numa segunda fase, as respostas foram analisadas através de análise de conteúdo e apresentadas por áreas temáticas e respectivas categorias e subcategorias.

Participaram 28 grávidas imigrantes seropositivas cuja média de idades é de 28,2 anos. A maioria tem uma escolaridade inferior ao 3.º ciclo do ensino básico e uma actividade profissional associada a situação de precariedade e baixo salário; 82,1% são solteiras, embora a maioria viva em União de Facto, sendo o agregado familiar nuclear o predominante.

A nacionalidade mais representada é a Angolana. Apenas cinco grávidas são imigrantes de segunda geração. A maioria saiu do seu país de origem com destino a Portugal, encontrando-se 69,6% da amostra entre um e cinco anos neste país.

Na História da Seropositividade para o VIH, verifica-se que dezassete grávidas tiveram conhecimento do seu estado serológico durante a presente gravidez, que apenas foi desejada por treze mulheres. Vinte e duas grávidas revelaram o diagnóstico aos companheiros e/ou familiares.

A maioria das grávidas soube da sua seropositividade pelo médico, sendo o sentimento mais comum nessa altura a negação/incredulidade do facto.

Os sentimentos e atitudes face à actual gravidez alteraram-se significativamente após o conhecimento do diagnóstico, passando a sentirem-se tristes, ansiosas e preocupadas. As suas maiores preocupações são a

transmissão do VIH aos filhos e o futuro destes, a gravidez e o parto e a evolução da doença. No entanto, um número significativo de grávidas não prevê alterações nas suas vidas decorrentes da presente gravidez e da existência da seropositividade.

Vinte e quatro grávidas referem ter tido algum suporte dado pelo médico, sobretudo a nível da informação. Nove grávidas dizem sentir-se insatisfeitas com o apoio recebido pelos profissionais de saúde e dezassete grávidas desejam outros tipos de apoios, evocando aspectos como mais informação e atenção relativamente ao problema de saúde, apoio psicológico e reunião com grupos de apoio.

As principais conclusões do estudo revelam que:

- A gravidez não desejada é significativa.
- Apenas uma mulher planeou a gravidez após saber da sua seropositividade.
- Existe um deficiente conhecimento sobre os efeitos do VIH.
- As grávidas sentem-se tristes e ansiosas. As suas maiores preocupações são a transmissão do VIH aos filhos e o seu futuro, a gravidez e o parto e a evolução da doença.
- As grávidas encontram-se insatisfeitas com a informação/apoio por parte dos profissionais de saúde e desejam outros tipos de suportes.

Destas conclusões emergem algumas sugestões para a prática dos cuidados:

- Promover uma política de promoção de saúde e prevenção da doença, desenvolvendo programas de informação e educação, extensivas a toda a população.
- Proporcionar oportunidades para as mulheres desenvolverem capacidades relacionadas com a vivência da sua sexualidade e a sua saúde.
- Criar e promover consultas pré-concepcionais e de vigilância pré-natal permitindo detectar e avaliar factores de risco físico, psíquico e social que poderão ser minimizados ou suprimidos.
- Criar equipas pluridisciplinares que ofereçam cuidados de saúde que visem a diminuição da transmissão vertical, mas que não descurem o adequado suporte psicossocial.

Como ponto de partida para futuros estudos, considera-se importante avaliar a sensibilidade dos profissionais de saúde para a necessidade de formação no âmbito da prestação de cuidados culturalmente adaptados às minorias étnicas e de intervenção junto das mesmas.

Palavras Chaves: comunicação intercultural, multiculturalidade, cuidados culturais, imigração, seropositividade para o VIH, representações sociais, maternidade, transmissão vertical.

ABSTRACT

In a society that is rapidly becoming multicultural, HIV infection of pregnant women of ethnic minorities calls for awareness of the need for a transcultural approach to treatment on the part of health-care professionals.

The main purpose of research that led to this thesis was pinning down the problems, doubts and difficulties experienced by a group of seropositive pregnant immigrant women who were regularly Obstetrics outpatients in a hospital of the Lisbon district. Furthermore, it aimed at mapping out their opinions as regards the type of assistance provided by the health-care professionals during pregnancy, as well as their wish for additional assistance.

This exploratory and descriptive study relied on semi-structured interviews. On a first stage, quantifiable data pertaining to socio-cultural and demographic features, as well as to migratory background, were collected and studied; on a second stage, answers were interpreted through content analysis and presented under thematic areas with their respective categories and sub-categories.

Twenty eight seropositive pregnant women with an average age of 28.2 were selected. Most of them has school qualifications below the 9th grade and low-wages, precarious jobs; 82.1 % are single, although the majority lives together in co-habitation. Nuclear family is still the dominant situation. Main nationality is Angolan. Only five of the informants are second generation immigrants. Most of them left their country having Portugal as destination; 69.9 % have been living in this country for one to five years.

As shown in their HIV seropositivity history, seventeen pregnant women were informed of their condition during current pregnancy, which was

planned by only thirteen among them. Twenty two of them disclosed the diagnosis to companions and/or relatives. The majority was told of their condition by the doctor and their most common response at the time was one of denial/disbelief. On being informed of the diagnosis, their feelings and attitudes changed significantly towards sadness, anxiety and concern. Their major preoccupations were transmission of HIV to children and their future lives, pregnancy, childbirth and the progression of the illness. However, a sizeable number of the informants does not anticipate changes in their daily lives due to seropositive pregnancy.

Twenty four pregnant women report that they were helped by their doctor, particularly as regards information. Nine of them consider that assistance received from health-care professionals was less than satisfactory, while seventeen pregnant women claim that further assistance should have been provided: they bring out aspects such as information, attentiveness to their specific health problem, psychological assistance and meetings with therapy groups.

The main conclusions of my research work show that:

- There is a significant rate of unwanted pregnancy.
- Only one woman planned pregnancy after knowing she was HIV positive.
- Knowledge of HIV effects is scarce.
- Pregnant women feel sad and anxious. Their major concern is HIV transmission to their children as well as their future, pregnancy, childbirth and the progression of the illness.
- They find information/assistance by health-care professional unsatisfactory and claim further assistance.

From these conclusions the following practical suggestions arise:

- To advance health policies that privilege prevention of the illness, developing information and education programmes that cover the whole of the population.
- To provide opportunities for women to develop means to come to terms with their sexuality.
- To set up and promote family planning and pre-natal surveillance, thus allowing for detection and assessment of physical, psychological and social risk factors in order to minimize or suppress them.

- To set up pluridisciplinary teams able to provide integrated and individualized care.

As starting point for further studies, it is important to evaluate the responsiveness of health-care professionals to training in view of cultural adaptation to the specific needs of ethnic minorities.

Keywords: intercultural communication, multiculturalism, cultural cares, immigration, HIV seropositivity, social representations, maternity, vertical transmission.

INTRODUÇÃO

Só muito recentemente a problemática da seropositividade para o VIH na população feminina é sentida pela sociedade como sendo uma real ameaça para todos. Até há poucos anos considerava-se as mulheres excluídas do grupo de risco, sentido-se elas próprias pouco ameaçadas pela epidemia da SIDA.

Contudo, o número de mulheres infectadas está a aumentar drasticamente, devido não só às condições de pobreza e aos elevados comportamentos de risco, mas também consequência da própria vulnerabilidade feminina à infecção, pela constituição dos seus órgãos sexuais, que faz com que a transmissão do VIH por via sexual à mulher seja duas a quatro vezes superior à transmissão do VIH ao homem (Pardal, 2001).

O problema da seropositividade feminina só começou a conquistar alguma visibilidade e preocupação nos últimos anos, a partir dos quais se começou a poder contar com alguns dados epidemiológicos mais sistematizados embora ainda deficientes e incompletos, devido a dificuldades de diversa natureza, nomeadamente a ausência de obrigatoriedade da notificação oficial da doença, (Dias, 2003).

Para além das características associadas ao próprio género, donde sobressaem os aspectos psicossociais, económicos e reprodutivos das mulheres infectadas pelo VIH, deve-se também considerar algumas características específicas da população feminina, que reforçam esta problemática a nível nacional.

Na realidade, Portugal tem assistido nos últimos anos a um aumento acentuado de mulheres imigrantes, na sua maioria em idade de procriação, oriundas do continente africano, asiático e sul americano (Brasil) e, mais recentemente, de países da Europa do Leste (INE, 2003, 2004).

Esta diversidade de origens tem contribuído para uma heterogeneidade da população feminina imigrante que recorre aos serviços de saúde, nomeadamente na área da saúde materna, exigindo dos profissionais de saúde uma rápida adaptação a novas realidades culturais pouco conhecidas ou estudadas.

Se as condições socioeconómicas da maioria das mulheres se caracteriza por um nível deficiente, resultado de desigualdades de formação, emprego e oportunidades de desenvolvimento, o que as torna dependentes dos seus companheiros, mais difíceis são habitualmente as condições socioe-

conómicas das mulheres imigrantes. Habitando maioritariamente em bairros degradados, sem suporte familiar e social, estas populações confrontam-se com dificuldades várias que impedem a sua integração e a consequente mobilidade social, levando muitas vezes a um estado de desagregação, marginalidade e exclusão.

Para além da abordagem cultural ligada ao problema das migrações, com principal relevância para a imigração feminina, minorias étnicas e representações culturais e crenças deve-se, ainda, considerar os aspectos da gestação associados à seropositividade para o VIH.

Sendo a maternidade e o desejo de ser mãe condições básicas na construção da identidade feminina, o silêncio perverso da sociedade em geral e dos profissionais de saúde em particular, em relação à psicosexualidade e aos direitos reprodutivos da mulher seropositiva, constitui uma forma de as recriminar e lhes negar o direito da fecundidade.

Como consequência deste silêncio e da falta de informação que envolve a questão da SIDA e da sua transmissão vertical, estas mulheres encontram-se proibidas moral e socialmente de abordar este tema, ou sequer, de considerar clinicamente a questão “maternidade”. Tal situação leva a que a maioria das mulheres seropositivas engravidem de forma “clandestina” e não planeada, intensificando desta forma a probabilidade de aumentar a transmissão do VIH ao feto (Tunala, 2001).

Os problemas relacionados com as minorias étnicas tem especial expressão na região da Grande Lisboa, local onde se tem concentrado uma grande parte da população imigrante em Portugal, ao longo dos anos.

O avolumar da dimensão demográfica dos imigrantes nos concelhos de Amadora e Sintra é uma realidade traduzida por problemas de desemprego, falta de condições de habitabilidade, aumento da toxicod dependência e da criminalidade.

Os fenómenos de exclusão social têm uma influência directa na saúde de uma população e são determinantes para a qualidade de vida em geral, pelo que se deve, enquanto profissionais de saúde, assumir a responsabilidade nos cuidados e a informação que se prestam a uma comunidade heterogénea, por forma a garantir a oferta de serviços e um acesso idêntico para todos. Contudo, este acesso nem sempre é visível dado que as organizações prestadoras de cuidados não se encontram culturalmente adaptadas para acolher a diversidade multi-étnica que constitui a actual

comunidade e fazer face, eficazmente, às necessidades específicas em matéria de saúde e de doença e de educação para a saúde.

A prática de cuidados de saúde “culturalmente específicos” deve ser uma realidade nas instituições de saúde, devendo-se promover o conhecimento dos valores culturais, as crenças e as práticas de saúde dos seus utentes.

Foi com base nesta ideia que assentou a escolha do tema do presente estudo.

Por trabalhar num hospital que se insere na zona geográfica dos Concelhos de Amadora e Sintra e, mais concretamente, na área de obstetrícia, onde há um forte predomínio de utentes imigrantes, a investigadora, desde há muito, sente necessidade em conhecer alguns aspectos da realidade sociocultural destas mulheres, bem como as dificuldades sentidas face à acessibilidade aos cuidados de saúde e os problemas ligados à comunicação em contexto de educação para a saúde.

É importante mencionar que os dados assistenciais relativos à Consulta de Obstetrícia do referido Hospital, referentes ao ano de 2002, mostram que das grávidas seropositivas para o VIH que aí foram consultadas 95% são imigrantes.

Os dados estatísticos têm traduzido alguma inquietação e preocupação para a equipa multidisciplinar da qual a investigadora faz parte. A realidade da incidência da gravidez em mulheres seropositivas para o VIH, associada às minorias étnicas, torna urgente o conhecimento das especificidades dessa população. Identificar as suas diferenças socioculturais, procurando simultaneamente as semelhanças, são formas que ajudarão indubitavelmente a comunicar de modo eficaz com as utentes, personalizando culturalmente os cuidados que se prestam no quotidiano dos profissionais de saúde.

No quadro desta problemática surgem algumas perguntas de investigação que parecem relevantes para conduzir este estudo:

- Quais os conhecimentos que as mulheres imigrantes têm sobre a infecção pelo VIH?
- Se as mulheres soubessem da sua seropositividade ou se fossem informadas dos riscos de transmissão materno-fetal engravidariam na mesma?
- O facto de ser imigrante condiciona a decisão da mulher seropositiva engravidar?

- Quais os aspectos socioculturais, nomeadamente representações e crenças, que poderão ser mais relevantes para o facto da mulher imigrante seropositiva engravidar?
- Será que o tempo de permanência no país tem influência na decisão destas mulheres em engravidar?
- As mulheres imigrantes de segunda geração têm tendência a decidirem sobre uma gravidez de forma distinta das mulheres da primeira geração?
- Qual é a percepção que a grávida seropositiva imigrante tem dos profissionais de saúde?
- De que forma a comunicação entre os técnicos de saúde e a população feminina imigrante pode contribuir para uma menor incidência da gravidez?

Considera-se que são factores relevantes para a concretização deste estudo:

- a ausência de estudos, em Portugal, sobre o estado de saúde da população migrante, nomeadamente na população migrante feminina;
- o aumento significativo de mulheres imigrantes, em Portugal, em idade de procriação;
- a existência de problemas de seropositividade para o Vírus de Imunodeficiência Humana na população imigrante, nomeadamente na população feminina;
- o desejo de estudar um grupo de “grávidas seropositivas imigrantes” utentes do Serviço de Obstetrícia de um Hospital da Área Metropolitana de Lisboa, do qual a investigadora faz parte como profissional de saúde.

Após se ter determinado o domínio da investigação e se terem levantado algumas questões essenciais para a condução do presente estudo, definiram-se como objectivos da investigação:

- Identificar as características sócio-demográficas da grávida seropositiva imigrante, utente da Consulta de Obstetrícia de um Hospital da Área Metropolitana de Lisboa;
- Identificar as razões que levam as mulheres seropositivas imigrantes a engravidar;
- Identificar formas de informação e comunicação mais eficazes na prevenção da gravidez nas mulheres seropositivas imigrantes.

As palavras chave desenvolvidas ao longo do trabalho reflectem os conteúdos nele abordados. São a comunicação intercultural, os cuidados culturais, a multiculturalidade, a imigração, a seropositividade para o VIH, as representações sociais, a maternidade, a transmissão vertical.

A presente Dissertação de Mestrado é composta por seis capítulos, onde se sistematizam os diversos assuntos, distribuídos por duas partes que correspondem às principais fases de uma investigação. A Parte I, designada por Enquadramento Teórico, é constituída pelos quatro primeiros capítulos. A Parte II, denominada de Investigação Empírica, é formada pelos dois últimos capítulos.

No **Capítulo I** apresentam-se os principais aspectos da comunicação em contexto de saúde, salientando-se os factores facilitadores de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e o utente/doente e família, tendo em especial atenção quando estes se encontram em situação de maior susceptibilidade à doença, como é o caso da imigração. São, ainda, abordadas as vertentes do cuidar na multiculturalidade, relacionadas com a Teoria dos Cuidados Culturais.

No **Capítulo II** procede-se a uma revisão da literatura acerca da problemática da imigração, realizando-se inicialmente uma breve descrição dos vários conceitos nesta área, contextualizando-se de seguida o fenómeno migratório português, na vertente de Portugal como País de Acolhimento, analisando-se os fluxos imigratórios e os dados estatísticos a nível nacional. É, ainda, efectuada uma abordagem da evolução da imigração feminina, caracterizando-se a população feminina imigrante em Portugal.

No **Capítulo III** é feita uma abordagem sobre o VIH e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Após uma breve história da doença, abordam-se algumas questões clínicas, como o diagnóstico, a sintomatologia e o tratamento, bem como questões ligadas às representações sociais da SIDA. Por último, apresentam-se estimativas do número de pessoas infectadas pelo VIH/SIDA a nível mundial e nacional.

No **Capítulo IV** analisam-se os principais aspectos do VIH no género feminino, no âmbito psicológico, ligando-os à questão da maternidade. Abordam-se, também, os problemas específicos da gravidez e parto na presença da seropositividade e da transmissão vertical do VIH.

No **Capítulo V** são apresentados os aspectos metodológicos do presente trabalho. Procede-se à caracterização da investigação, apresentando-se os objectos de estudo, os métodos e as técnicas usadas e as respectivas

limitações e dificuldades. É efectuada uma breve contextualização do local onde se realizou o estudo, a nível dos concelhos da área de influência do Hospital e no âmbito da própria instituição, nomeadamente a nível da consulta de obstetrícia. No final, é efectuada uma descrição da História de Vida Sumária dos Sujeitos e a caracterização da amostra, segundo as diversas variáveis referentes às características socioculturais e demográficas bem como ao seu percurso migratório. Os dados quantificáveis, obtidos na primeira parte da entrevista semi-estruturada, foram trabalhados no programa Excel e organizados em Figuras.

No **Capítulo VI** apresentam-se os dados qualitativos, obtidos na segunda parte da entrevista, que foram previamente trabalhados segundo a técnica de análise de conteúdo, por áreas temáticas e respectivas categorias e subcategorias, bem como a respectiva análise e discussão dos principais resultados.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – COMUNICAÇÃO E MULTICULTURALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

“Na verdade, a cultura não é a pessoa mas está com a pessoa até ao mais íntimo do seu ser e agir existencial.”
(A. Gameiro, 1984:36)

“O indivíduo não é somente o produto da sua cultura, mas também a constrói, a reconstrói, a recria, em função das problemáticas e das estratégias diversificadas e num contexto marcado pela diversidade e pela pluralidade.”
(N. Ramos, 2001: 165)

Este capítulo visa fazer uma breve abordagem de como a comunicação, processo complexo que envolve a interacção de pelo menos dois intervenientes, deve ser desenvolvida em contexto de saúde e como os factores culturais podem, e devem, traduzir uma preocupação dos profissionais de saúde quando cuidam dos seus doentes. Abordam-se, ainda, os aspectos essenciais que envolvem a multiculturalidade no âmbito do cuidar e a forma como se podem prestar cuidados culturais, tendo como concepção a Teoria dos Cuidados Culturais.

A questão da comunicação entre os profissionais de saúde e o doente é um fenómeno bastante complexo, ainda mais quando se consideram os diversos aspectos da imigração em Portugal. Nos últimos anos, tem-se verificado um crescente e diversificado aumento de estrangeiros no país, localizados sobretudo nas áreas metropolitanas das grandes cidades, dando um aspecto heterogéneo à população que recorre aos serviços de saúde, facto a que os técnicos de saúde não são alheios. Estes indivíduos trazem com eles saberes e práticas tradicionais de educação, de rituais familiares e sociais, de promoção de saúde e de tratamento de doenças, que definem a sua forma de pensar, estar e agir. A sua condição de casal, pais, filhos e cidadãos, inseridos na sociedade receptora, é baseada nas representações sociais que a cultura lhes introduziu. Cultura é *“algo de integrante das pessoas que se prolonga e as prolonga para o passado, presente, futuro e além-túmulo, e ainda para além do espaço cósmico”* dando significado a todo o comportamento (Gameiro, 1984: 135), pelo que deve ser entendida como uma componente importante para que exista, na realidade, comunicação.¹

1. Gameiro (1984) faz referência a diversos autores que estudaram a cultura segundo uma análise microscópica, tais como Bateson, E. Hall e E. Goffman, entre outros.

As sociedades ao tornarem-se multiculturais devem promover a comunicação e a aceitação do outro. O respeito por todas as culturas deve passar não só pela tolerância, mas, sobretudo, pela sua compreensão (Ferreira, 2003).

Por isso, na prestação de cuidados sensíveis à cultura, a avaliação cultural deve fazer-se de modo a identificar os modelos, comportamentos e convicções, que podem ajudar ou prejudicar as intervenções dos diferentes profissionais de saúde, que constituem a equipa multidisciplinar, e os regimes de tratamento e de readaptação de cada utente.

1.1. COMUNICAÇÃO EM CONTEXTO DE SAÚDE

Comunicar é um processo interactivo e pluridireccional em que se realiza uma troca de ideias, sentimentos e experiências entre pessoas que atribuem um significado comum às palavras e às frases que querem dizer. A comunicação é um processo contínuo pois o Homem está permanentemente a comunicar, mesmo de forma inconsciente, o que parece traduzir-se num processo muito simples. Contudo, e segundo afirma Chiavenato (1999 b: 520) “*a comunicação é um processo complexo, e as possibilidades de enviar ou receber mensagens de maneira errada ou distorcida são numerosas*”, desempenhando, por isso, um papel privilegiado no estabelecimento das interacções pessoais.

O modo como cada indivíduo se relaciona é determinado pelas suas capacidades comunicacionais, resultantes de um processo de aprendizagem, e integradas na sua individualidade e desenvolvimento, em função das suas características pessoais, necessidades e interesses. A forma como se comunica traduz, assim, um passado de atitudes, valores e princípios decorrentes do conjunto de experiências que cada um vivenciou.

Existem, ainda, uma série de factores que são determinantes para a qualidade da comunicação como os gestos, as expressões faciais, os movimentos corporais, o “toque” e a distância entre os interlocutores, factores estes que, embora representem as características individuais, são também determinados pelo contexto sócio-cultural em que os indivíduos se encontram integrados.

A este respeito, Fachada (2001 I: 52) refere que “*o sistema social e cultural determina as palavras que as pessoas escolhem e o tipo de comunicação que utilizam*”. Assim, pessoas de diferentes classes sociais e com diferentes papéis sociais não comunicam de igual modo, tornando-se impor-

tante que cada indivíduo adequue o seu comportamento às pessoas com quem contacta.

É importante salientar que a qualidade da comunicação está, ainda, directamente relacionada com a forma como cada sujeito organiza e integra a experiência das suas relações interpessoais – capacidade essa que varia com a idade e, conseqüentemente, com a evolução da sua capacidade cognitiva – e com a compreensão que tem de si e dos outros. Segundo Fachada (2001 I: 107), o indivíduo vai desenvolvendo a capacidade racional que lhe possibilita interpretar a sua relação com os outros, permitindo-lhe colocar-se noutros pontos de vista (descentração), analisar a realidade a partir de cada um deles, bem como orientar a sua interacção em função dessa percepção. Esta capacidade decorre das “*transformações no pensamento sobre o social, no domínio das estruturas sócio-cognitivas*” que se vão operando desde a infância. Deste modo, cada indivíduo vai elaborando o conhecimento da realidade exterior de uma forma activa e dialéctica, interpretando e transformando essa mesma realidade segundo a sua própria estrutura cognitiva. Esta relação entre o sistema cognitivo e o processo de comunicação encontra-se reforçada na frase de Chiavenato (1999 b: 524) quando afirma que “*todas as acções de cada pessoa são guiadas pela sua cognição, isto é, pelo que pensa, acredita e sente*”.

Em contexto profissional, essas relações cognitivo-comunicacionais poderão estar “ *mascaradas*”, pois “*o comportamento profissional, em particular, pode assemelhar-se a uma máscara, porque o sujeito deve ser exemplar na sua relação: simpático, aberto, atencioso e prestável mesmo que, em termos sentimentais e emocionais, devido a condicionalismos diversos da sua vida, tais comportamentos não correspondam ao seu estado actual*” (Fachada, 2001 I: 55).

No entanto, e apesar das possíveis contradições entre a forma como se actua e o que se sente, o indivíduo não tem habitualmente, no seu dia-a-dia, consciência do modo como comunica e se relaciona com os outros.

Quando se analisa a comunicação em contexto de saúde percebe-se o quanto complexo é o processo relacional estabelecido entre os técnicos de saúde e o doente, pois encontram-se reunidos uma série de factores que interagem entre si e se potenciam. Tradicionalmente, a relação técnico de saúde/doente apresentava duas faces. Por um lado, encontravam-se os profissionais com os seus conhecimentos científicos, quais detentores da sabedoria, por outro encontravam-se os doentes, submissos aos primeiros, sujeitos às suas opiniões e decisões. Este modelo tradicional da comunicação em contexto de saúde encarava o processo

comunicacional de forma unidireccional, em que um especialista expressava os seus conhecimentos a um “simples” doente, a um leigo (Ogden, 1999). Neste princípio não se encontrava estabelecida uma verdadeira relação entre os interlocutores, não existindo um fenómeno interactivo, de partilha de informação (Ramos, 2001). A relação era sustentada numa base de superioridade por parte dos profissionais de saúde, sendo os doentes uns meros executores de ordens, de orientações e de práticas muitas vezes antagónicas aos seus valores, tradições e mitos.

Um dos exemplos desta despersonalização do utente ainda é visível na situação de internamento hospitalar, onde os rituais de admissão nestas instituições retiram, tantas vezes, a sua identidade. O doente deixa de ter nome, passando a ser identificado por um número – nunca escolhido por si e sem qualquer significado – correspondente ao número da cama ou do quarto que lhe foi atribuído, ou por uma patologia que, supostamente, será diagnosticada. Ainda, não lhe é permitido o uso de roupa própria, sendo-lhe dado um pijama geralmente com um logotipo da Instituição. Para além disso, existem regras impostas e inflexíveis, tais como o horário para o banho, para alimentação, para as visitas e para o silêncio. Mesmo as regras inerentes aos procedimentos com o doente terminal e os cuidados *post mortem* se encontram bem definidos, ignorando os valores culturais e religiosos do doente e família.

Ao longo dos tempos, esta situação tem vindo a ser minorada, passando a considerar-se a individualidade de cada doente, respeitando a sua dignidade, a sua história e a sua cultura. Alguns factores têm contribuído para esta nova realidade, nomeadamente a consciencialização de todos os elementos envolvidos neste processo dos direitos dos doentes e, também, a sua exigência no cumprimento dos mesmos. Esta nova relação encontra-se também ligada às mudanças da própria sociedade, em que os indivíduos se sentem cada vez mais intervenientes nas decisões globais e naquelas que lhes dizem directamente respeito, como o caso da saúde, da profissão e da educação dos filhos, entre outras.

Mas, como em todos os processos de mudança, em que os seus ciclos são rápidos e curtos, é exigido o esforço de uma contínua aprendizagem, uma reformulação de valores e de uma permanente adaptação de comportamentos, envolvendo neste caso a sociedade e, de uma forma mais lata, os doentes e os próprios técnicos de saúde.

Estes últimos têm sido, assim, confrontados com novos conceitos na arte de comunicar, de se relacionar e, mesmo, na forma de tratar e cuidar os doentes e suas famílias.

O doente começa a ser visto de forma global, inserido num contexto físico, emocional, social, cultural e familiar, com necessidades e capacidades específicas e com estratégias próprias para fazer face aos seus problemas individuais.

Várias teorias e estudos têm mostrado as diversas vertentes que podem influenciar o Homem no seu contínuo saúde/doença, desde a forma como percepciona estes estados, ao modo como promove a saúde e se adapta e resolve a situação de doença (Bennet e Murphy, 1999; Ogden, 1999; Ramos, 2004).

Na realidade, é necessário que o doente desenvolva estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais de forma a compreender o verdadeiro significado do seu problema de saúde, as suas razões e consequências, os recursos internos e externos existentes e as várias alternativas de que dispõe. Simultaneamente, é ainda, necessário que o doente elabore estratégias de adaptação (*coping*), permitindo-lhe “enfrentar o stresse e a adversidade, tentando agir e modificar a situação e/ou tentando modificar-se a si mesmo” (Lazarus e Folkman, 1984 in Ramos, 2004: 109).

Para que os profissionais de saúde possam realizar esta “*abordagem multifactorial e interactiva da saúde*” (Ramos, 2004: 109), compreendendo as razões de determinada estratégia de adaptação e colaborando activamente no processo de orientação e acompanhamento do doente de uma forma eficaz, é fundamental que compreendam e respeitem os valores, as crenças, as atitudes, o ambiente e o suporte social do doente. Para além disso, a análise de aspectos ligados à escolaridade, à profissão e tipo de emprego, ao meio socioeconómico e à habitação são, também, factores essenciais para o correcto acompanhamento e tratamento do doente.²

Esta abordagem permite, para além de um diagnóstico correcto, a adopção de medidas ajustadas a cada doente e facilita a adesão ao seu tratamento³, o que impõe uma maior necessidade de uma comunicação clara e objectiva. O processo comunicacional profissional saúde/doente deve ter sempre subjacente o objectivo de facilitar a autonomia e a auto-determinação do doente, informando-o, esclarecendo-o e motivando-o a adoptar comportamentos que promovam a sua saúde ou ajudá-lo a inte-

2. Parece existir uma certa relação entre o baixo nível socioeconómico do indivíduo com um maior risco de morbilidade e mortalidade (Ramos, 2001, 2002, 2004).

3. A este respeito, Ley (1981, 1989, in Ogden, 1999) desenvolveu o modelo da hipótese cognitiva da adesão, referindo que a satisfação do doente em relação à consulta, aliada à compreensão da informação fornecida e à capacidade de recordar essa informação, favorecem a sua adesão ao tratamento.

grar conhecimentos e aptidões que favoreçam o seu tratamento, recuperação e reintegração junto dos seus pares.

Mas, se a relação profissional de saúde/doente já é sustentada em alguma subalternidade, advinda do primeiro deter o conhecimento, o baixo nível escolar e socioeconómico do doente determina alguma dificuldade no entendimento da informação fornecida.⁴ Deste modo, os profissionais devem, ainda, estar atentos e usarem todas as estratégias comunicacionais para que seja criado um ambiente de consonância entre as pessoas envolvidas. Só assim a mensagem enviada e a mensagem percebida são perfeitamente iguais (Chiavenato, 1999 b), atingindo-se o objectivo proposto – ajudar o indivíduo a querer, saber e poder colaborar activamente no seu processo saúde/doença.

1.2. CUIDAR NA MULTICULTURALIDADE

O desenvolvimento profissional dos técnicos de saúde deve ser sustentado numa reflexibilidade crítica sobre as práticas e numa adaptação contínua à evolução dos Conceitos de Homem, Saúde/Doença, Cuidados de Saúde, Direitos e Deveres, entre outros, que têm emergido ao longo dos tempos. Presentemente, este esforço de adaptação deveria centrar-se na mudança que se tem vindo a verificar na sociedade portuguesa, nomeadamente em algumas zonas do país, onde essas transformações sociais se tornam mais evidentes.

Na realidade, em Portugal tem-se assistido a um fenómeno de movimentos migratórios, de proveniências e causas variadas, que têm transformado algumas cidades, nomeadamente Lisboa, num local de encontro de raças e etnias.

Nesta concepção de sociedade multicultural, torna-se importante que o profissional de saúde esteja atento e perceba como a sua população mudou drasticamente nos últimos anos ou como se pode ter modificado, em consequência de uma mudança do local de trabalho ou da alteração da zona de influência da instituição onde trabalha.⁵

Na realidade, os prestadores de cuidados, integrados numa equipa multidisciplinar, desenvolvem a sua actividade em três vertentes – cognitiva,

4. É importante salientar que comunicar não se resume tão somente a informar, sendo de considerar os diversos elementos verbais e não verbais, o envolvimento e o relacionamento para que exista retroalimentação ou *feedback* (Gameiro, 1984).

5. As instituições de saúde possuem uma tipificação de utentes conforme estão localizados numa cidade ou em meio rural, se encontram numa cidade do interior ou no litoral ou, ainda, se numa grande cidade como Lisboa, se se localiza junto de determinados aglomerados populacionais.

prática e relacional – que podem por si só determinar o tipo de relação que estabelecem com o doente. Para promover o bem estar bio-psico-sócio-espiritual da pessoa de quem cuida, o profissional deve relacionar-se de forma eficaz com o doente, utilizando estratégias comunicacionais adequadas. Esta atitude revela-se de grande importância quando se cuida de utentes de diferentes etnias pois, como refere Cabral (2001: 189):

“... os encontros multiculturais raramente são diálogos. O diálogo pressupõe a igualdade dos intervenientes quanto a situações de poder, de estatuto social, de relacionamento. O encontro com o outro é, todavia, geralmente conspurcado por perspectivas pessoais e colectivas que colocam uns numa posição dominante, quase paradigmática, enquanto que outros são remetidos para o campo das relações de dependência. A tolerância, tão promovida pelos arautos da concertação étnica, promove isso mesmo.”

Assim, para que exista diálogo e se desenvolva uma relação terapêutica, não basta haver tolerância – esta é muitas vezes mascarada pelo relativismo interpretativo de cada um – é necessário que exista um sentimento de aceitação, sem pretensões de superioridade ou de hipocrisia.⁶

Torna-se primordial que, numa sociedade multicultural, os profissionais de saúde estejam preparados para trabalhar com todos os utentes, qualquer que seja o seu meio, procurando estabelecer uma relação de interdependência, compreendendo e aceitando as diferenças das crenças e valores e encontrando as semelhanças estabelecidas entre as suas e as dos utentes. Esta abordagem global implica, como refere Ramos (2001:156), o desenvolvimento de *“uma competência social, cultural, pedagógica e comunicacional, construída na experiência da alteridade e diversidade, no equilíbrio entre o universal e o singular”*. Tal competência cultural, onde se inclui a *“consciencialização cultural”* (Ramos, 2001), exige que os profissionais de saúde possuam conhecimentos de base sobre a cultura, os valores e a diversidade cultural dos cuidados e desenvolvam atitudes e práticas adequadas. No entanto, a capacidade do profissional se centrar na cultura do utente pode gerar alguns conflitos pois os técnicos, tantas vezes chamados a promover a mudança de hábitos junto dos seus utentes, têm frequentemente dificuldade em admitir que as suas ideias, culturalmente bem cimentadas, sejam postas em causa por um utente, apenas pelo facto de pertencer a outra cultura.

6. A este respeito Caria (2001:190) refere, ainda, que *“numa relação interdependente as pessoas não se julgam por aquilo que pensam ser, mas também pela maneira que estão a ser percebidas pelas outras.”*

A forma de minimizar este problema centra-se na consciencialização do profissional à cerca das suas próprias crenças e atitudes, assim como na aceitação e compreensão de que as mesmas possam ser diferentes dos padrões culturais dos outros. Não são as suas nem as dos outros que estão erradas, elas simplesmente são diferentes. Um profissional culturalmente competente deve possuir conhecimentos, criar empatia, comunicar eficazmente e servir, até, de intermediário do próprio utente. Não emitir juízos de valor, saber escutar e revelar um nível de conhecimentos e sensibilidade, face aos doentes, fornece confiança e permite o desenvolvimento de uma relação terapêutica sempre imprescindível no cuidar, mas ainda mais preciosa no cuidar multicultural.

Outro aspecto importante, que deve ser considerado na problemática da dimensão cultural, refere-se ao facto de que os cuidados de saúde e as informações sobre os mesmos também não estão igualmente acessíveis a todos os indivíduos. Entre outros, os obstáculos que dificultam a procura de cuidados de saúde são os fracos recursos financeiros, o analfabetismo, a incapacidade de ler ou falar a linguagem dos técnicos e o receio de não possuírem direitos devido a situações de ilegalidade. Para além disso, os efeitos do racismo podem, também, desencorajar o doente, de minoria étnica ou cultural, a procurar cuidados de saúde e de confiar nos seus profissionais.

Por outro lado, as informações e os cuidados recebidos podem, também, colidir com as convicções de saúde ou de doença do utente. É pois importante que o profissional esclareça as dúvidas do doente, se certifique da sua capacidade de compreender e falar a língua dominante e se assegure que as interpretações por ele realizadas estão correctas. Isto é, deve validar com o utente o que ele realmente entendeu da informação fornecida.

1.2.1. A Teoria dos Cuidados Culturais

“The roots of culture care are deep and widespread. It requires that health personnel discover the similarities and differences in a sensitive and competent way in order to provide meaningful health care services.”
(M. Leininger, 1995: 425)

A Teoria dos Cuidados Culturais, criada por Madeleine Leininger fundadora do Departamento de Enfermagem Transcultural na Universidade Estatal de Waine dos EUA, foi construída tendo como fenómeno central os cuidados humanos, os valores da antropologia e os aspectos culturais,

baseando-se na descoberta e explicação do que é “universal”, comum ou semelhante e do que é “diverso” na prestação de cuidados, numa perspectiva transcultural. O seu principal objectivo é fornecer conhecimentos capazes de proporcionar cuidados sensíveis, responsáveis e culturalmente congruentes que conduzam à saúde e ao bem estar dos indivíduos, das famílias, do grupo ou das comunidades culturais.

Apesar de se tratar de uma Teoria aplicada, habitualmente, à prática de enfermagem, não deixa de poder ser válida para qualquer outra área de intervenção a nível dos cuidados de saúde, devido à universalidade dos seus conceitos e pressupostos. Na realidade, a prestação de cuidados, globais e interdisciplinares, só faz sentido se todos os técnicos, envolvidos no tratamento de um doente, tiverem uma prática uniformizada, baseada no respeito pelos valores culturais, étnicos, religiosos e sociais de cada indivíduo.

Por se considerar que a Teoria dos Cuidados Culturais se pode aplicar, em qualquer momento do exercício profissional e por qualquer técnico, qualquer que seja a sua área de intervenção, será de seguida abordada, apesar de forma sucinta.

A prática de cuidados de saúde “culturalmente específicos” tem subjacente a procura de pontos em comum, semelhanças, e as características universais entre culturas diversas e culturas semelhantes, reunindo as dimensões histórica, filosófica, epistémica, ontológica e antropológica (Leininger, 1997).

O seu modelo começou a ser desenvolvido em meados dos anos cinquenta devido à necessidade de acompanhar a evolução social e cultural que se verificou nos Estados Unidos, reflexo de um aumento da imigração para este país, tornando-o uma das sociedades mais diversificadas, tanto do ponto de vista cultural como linguístico.

A enfermagem, até então profundamente associada ao modelo biomédico, centralizada nos aspectos físicos e emocionais do doente, no diagnóstico e tratamento, não possuía uma perspectiva cultural. Tornava-se, assim, premente que os enfermeiros possuíssem conhecimentos e aptidões que lhes permitisse lidar com pessoas de diversas culturas e estilos de vida, diferentes valores e crenças e mesmo diferentes expectativas face aos prestadores de cuidados de saúde.

Assim, Leininger utilizou pela primeira vez os termos de enfermagem transcultural, etno-enfermagem e enfermagem *cross* cultural, e defi-

niu-os como uma “... *área humanística e científica de estudo formal e prático em enfermagem que se baseia nas diferenças e similaridades entre culturas, com respeito nos cuidados à pessoa, saúde (ou bem-estar) e origem da doença segundo os valores culturais da pessoa, crenças e práticas de saúde e o conhecimento para proporcionar cuidados de enfermagem especificamente cultural e congruente a todas as pessoas*” (Leininger, 1995 in Bolander, 1998: 73).

A sua perspectiva passou a ser reconhecida e adoptada por muitos enfermeiros, passando a aceitar-se a necessidade de saber e perceber as pessoas com diferentes antecedentes culturais, utilizando estes conhecimentos para orientar as suas práticas.⁷

Leininger (1995, in Gualda, et al., 1997: 412) visando um maior aprofundamento do conhecimento das características da sua teoria, relativamente à cultura, descreveu os seguintes pressupostos gerais:

- *“O cuidado humano é um fenómeno universal, mas a expressão, o processo e o modelo variam entre as culturas;*
- *Cada situação de cuidado de enfermagem tem comportamento no cuidado transcultural, necessidades e implicações;*
- *O acto e processo de cuidar são essenciais para o desenvolvimento humano, crescimento e sobrevivência;*
- *O cuidado poderá ser considerado a essência e unificação intelectual e dimensão prática do profissional de enfermagem;*
- *O cuidado tem dimensões biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais, as quais podem ser estudadas e praticadas no sentido de prover o cuidado holístico;*
- *O comportamento de cuidado transcultural, formas e processos, têm ainda que ser verificados em diversas culturas, quando este corpo de conhecimento é obtido, tendo potencial para revolucionar a prática diária dos enfermeiros;*

7. A Teoria dos Cuidados Culturais é representada esquematicamente, no que a sua autora denomina de Modelo Sunrise. A subdivisão em quatro níveis representa as dimensões da diversidade e universalidade cultural do cuidado. Este Modelo, numa visão simbólica, significa a descoberta do cuidado a ser prestado aos indivíduos, famílias, grupos e instituições, considerando as várias culturas nas quais estes se encontram inseridos. Esta sistematização conceptual pode ajudar o enfermeiro, quer na sua prática, quer em investigação, alertando-o para as múltiplas influências que ajudam a explicar, interpretar e descrever os factores dos cuidados culturais (Gualda, et al., 1997).

- *Para fornecer cuidados de enfermagem terapêuticos, o enfermeiro deverá ter conhecimento de valores culturais, crenças e práticas dos clientes;*
- *Os comportamentos de cuidados e funções variam de acordo com características da estrutura social de determinada cultura;*
- *A identificação de comportamento universal e não universal, cuidado popular e cuidado profissional, crenças e práticas, serão importantes para o avanço do corpo de conhecimentos de Enfermagem;*
- *Há diferenças entre a essência e as características de cuidado e comportamentos de cura e processos;*
- *Não existe cura sem cuidado, mas pode existir cuidado sem cura.”*

Estes pressupostos conduziram ao desenvolvimento de premissas, das quais se destacam as que se ligam directamente aos aspectos culturais:

- *“Os cuidados culturais são o meio holístico mais amplo de conhecer, explicar, interpretar e prever o fenómeno dos cuidados de enfermagem e, assim, orientar as suas práticas;*
- *A Enfermagem é uma disciplina de cuidados transcultural, humanística e científica, e uma profissão cujo objectivo central é servir os seres humanos em todo mundo;*
- *Os conceitos de cuidados culturais, significados, expressões, modelos, processos e formas estruturais dos cuidados podem ser diferentes (diversidade) ou semelhantes (universalidade) nas várias culturas do mundo;*
- *Cada cultura tem os seus conhecimentos e práticas de cuidados genéricos (de senso comum, tradicional ou nativo) e, geralmente, tem também conhecimentos e práticas de cuidados profissionais, que variam transculturalmente;*
- *Os valores, crenças e práticas dos cuidados culturais são influenciados, e tendem a sedimentar os contextos de cada cultura particular, ao nível da mentalidade, da língua, da religião (ou contexto espiritual), do parentesco (contexto social), da política (ou contexto legal), da educação, da economia, da tecnologia, da etno-história e do ambiente;*
- *Cuidados de enfermagem benéficos, saudáveis e culturalmente orientados contribuem para o bem-estar dos indivíduos, das famílias, dos grupos, e das comunidades inseridas nos seus contextos ambientais;*

- *Os cuidados de enfermagem adquirem significado quando os valores de cuidados culturais, as expressões e os modelos são conhecidos e usados pelos enfermeiros de forma apropriada;*
- *Existem diferenças e semelhanças de origem cultural entre os prestadores de cuidados genéricos e profissionais em todo o mundo;*
- *Aqueles que recebem cuidados de enfermagem podem apresentar diversos sinais de conflitos culturais, tensão, e preocupações éticas ou morais.” (Leininger, 1997: 34).*

A Teoria dos Cuidados Culturais não é uma teoria simples, devido à complexidade e diversidade de conceitos ligados aos cuidados transculturais, com frequentes inter-relações entre eles. Porém, parece cumprir os critérios da generalidade, por ser ampla e abrangente, orientada qualitativamente e de âmbito mundial. Assim, passados mais de quarenta anos sobre o seu aparecimento, a Teoria dos Cuidados Culturais mantém-se actual, sendo a sua aplicação de extrema importância na área da prestação de cuidados, orientando os profissionais no seu desempenho e na área da investigação, contribuindo para a obtenção de novos conhecimentos holísticos, relacionados com os cuidados humanizados e individualizados.

Contudo, julga-se, que a mesma não é devidamente conhecida pelos diversos profissionais de saúde, ou pelo menos não lhe é atribuída a importância que na realidade possui. Uma das estratégias possíveis para o desenvolvimento desta teoria passaria pelo seu estudo, nas universidades e nos locais de trabalho, encontrando-se, dessa forma, pontos de referência para um cuidar verdadeiramente universal.

CAPÍTULO II – MIGRAÇÃO

*“Sonhar é:
Viver buscando
Pátria distante
em liberdade constante.”*
(M. Flor, 1993: 33)

As migrações humanas são um fenómeno social muito antigo, estudado e analisado ao longo dos anos por diversos historiadores, dado o impacto que, em cada momento específico, tem contribuído para a sociedade onde se inserem. Contudo, só muito recentemente várias disciplinas ligadas às Ciências Sociais se têm debruçado sobre o movimento das pessoas, dentro do seu país ou para fora dele, estudando os factores de mobilização, bem como as consequências advindas dessas deslocações, a diversos níveis, quer na sociedade receptora quer na sociedade de origem.

No presente capítulo pretende-se fazer uma descrição dos conceitos ligados à problemática da migração e uma breve análise do fenómeno migratório português, com a apresentação de alguns dados estatísticos, por forma a contextualizar os problemas dos imigrantes a nível nacional. Serão, ainda, abordados alguns aspectos físicos e psicossociais determinados pelo acto de se emigrar, bem como os problemas específicos associados ao género. Será, também, realizada uma breve caracterização da população feminina imigrante em Portugal, bem como a apresentação de alguns números que mostram a evolução imigratória em contexto nacional.

2.1. CONTEXTOS E CONCEITOS

Ao ser iniciado o estudo sobre Migração é importante definir o próprio conceito de **migração** que, sociologicamente, é definido pela acção e efeito de um indivíduo se deslocar de um lugar para outro com o fim de nele se fixar. Ao movimento da população de um território para outro designa-se **movimentos migratórios**, que podem ser analisados a partir do lugar de origem ou a partir do lugar de destino (Rocha-Trindade, 1995).

Trata-se, por conseguinte, de uma área complexa e dinâmica que encerra os problemas inerentes à **emigração** (partida dos nacionais para países estrangeiros) e à **imigração** (acolhimento de estrangeiros em território nacional), com que se debatem a maior parte dos países e os seus Departamentos Públicos. Os movimentos migratórios entre diferentes regiões

do globo assumem características conjunturais, resultado de determinantes de carácter geográfico, político, económico, social e cultural e, mais recentemente, de carácter legal que têm sido estudados à escala interna e internacional (Rocha-Trindade, 1995; Ferreira, 2003).

Num âmbito mais restrito poder-se-á analisar as deslocações de um indivíduo dentro do seu próprio território nacional quando, por exemplo, se desloca de uma zona rural, do interior do país, para uma zona suburbana do litoral, ao qual se atribui também a designação e o estatuto de emigrante. Apesar de se tratar de um **emigrante interno**, as motivações e os objectivos poderão ser semelhantes aos do **emigrante internacional**⁸, mas os efeitos e as consequências dos seus movimentos serão, com certeza, diferentes, pois este último concentra um carácter de fixação definitiva ou, quando temporária, com características de ocorrência regular. As razões circunstanciais capazes de provocar movimentos de entrada, saída ou troca de populações de uma região para outra podem ser múltiplas, no entanto as mais generalizadas prendem-se com problemas de emprego, de salário, de melhoria de qualidade de vida e de melhor futuro para os seus filhos. Estas motivações têm uma origem predominantemente económica, afectando os indivíduos de países ou regiões mais desfavorecidas, designando-se este tipo de movimento migratório por **emigração económica**. Existem outros motivos que podem conduzir a significativos movimentos da população, tais como políticos, catástrofes, guerras, invasões, exclusão social de minorias étnicas e culturais, a partir dos quais se podem classificar os diversos tipos de emigração (Rocha-Trindade, 1995; Ferreira, 2003).

Relativamente aos aspectos motivacionais da emigração, Ravenstein (1885, *in* Rocha-Trindade, 1995: 73) apresenta o seu Modelo, afirmando que a análise dos **“factores de atracção-repulsão”** têm um contributo significativo no estudo do fenómeno das migrações internacionais.⁹ Aos referidos factores de repulsão/atracção, que Ravenstein diz tomarem parte no processo migratório, Everett Lee (1969, *in* Rocha-Trindade, 1995),

8. Importa esclarecer a terminologia de imigrante internacional, que habitualmente, e de forma errada, referencia pessoas que entraram em território nacional, de nacionalidade estrangeira. Contudo, o termo deve remeter para um movimento localizado no tempo, associado a uma mudança de residência e de país. Esta questão levanta o problema da designação de cidadão estrangeiro e de imigrante, que encerram realidades diferentes (Rocha-Trindade, 1995, 2004).

9. Para este autor, os **factores de repulsão** – como a escassez de terras, o desemprego, os baixos salários, a seca, a fome e a explosão demográfica – contrapõem-se aos **factores de atracção**, que constituem alternativas aliciantes aos de repulsão, acrescentando-lhes supostamente as vantagens da vida urbana, **“empurrando”** os indivíduos do seu local de origem, **“atraindo-os”** para outros locais (Rocha-Trindade, 1995).

juntou outros factores, tais como os “*obstáculos intervenientes*” entre a origem e o destino – distância envolvida no acto migratório, barreiras físicas, leis migratórias e custos de transportes e bens – e os “*aspectos de ordem pessoal*” que facilitam ou retardam as migrações – alterações no ciclo de vida, capacidades pessoais, contactos e informações disponíveis acerca do meio social de destino – agrupando-as numa série de proposições.

Da definição de emigrante, mais concretamente de **migrante internacional**, surgem outros conceitos, intrinsecamente ligados ao primeiro pela sua origem, que importa analisar.

O primeiro aspecto a ter em conta é o facto de o mesmo indivíduo poder ser analisado sob dois pontos de vista: enquanto cidadão que abandona o seu país é designado como **emigrante**, sujeito às regras impostas no âmbito da emigração, enquanto que como ser humano radicado noutra país é designado como **imigrante** e sobre ele recaem a maior parte das leis gerais da sociedade receptora, a juntar às leis específicas da imigração.¹⁰

À diferença de designações atribuídas ao mesmo indivíduo correspondem, também, estatutos sociais diferentes. Como emigrante não perde direitos relativos aos vigentes no seu país, para além de beneficiar da redução, como um nacional ausente, de alguns deveres ou obrigações. Como imigrante é um estrangeiro, com necessidade de se inserir numa sociedade desconhecida, ela própria muitas vezes hostil, que impõe regras e limita os direitos, não deixando, contudo, de lhe impor as mesmas obrigações a que os nacionais desse país estão sujeitos. A este respeito, Rocha-Trindade (1995: 90) refere que “*a condição dos imigrantes, obrigados a deixar o seu próprio país por razões económicas ou políticas, ou pelo desejo de viver fora, de encontrar outras gentes e viver em ambientes diferentes, não justifica nenhuma forma de submissão, de dependência, de alienação em relação às populações autóctones.*”

O país escolhido para esse estrangeiro viver pode designar-se como **país de destino**, de **acolhimento**, **receptor** ou de **residência**, em contraposição ao conceito de **país de origem**, que representa o território nacional que o imigrante abandonou.

10. No entanto, os termos emigrante e imigrante tendem a desaparecer, no novo conceito das migrações intra-europeias, onde cada vez mais se estabelecem “*movimentos pendulares, cíclicos e regulares de saída e entrada de indivíduos, com uma frequência mínima passando portanto a serem absorvidos pela designação global de migrantes* (Rocha-Trindade, 1995: 32).

Em paralelismo à dualidade de papéis de emigrante/imigrante, abordada anteriormente, é importante considerar uma certa dualidade nos papéis dos próprios Estados envolvidos. Deste modo, pode considerar-se que, tendo em conta o sentido bilateral dos fluxos migratórios, é difícil que um **Estado** seja só de **origem (Estado de Emigração)** ou só de **acolhimento (Estado de Imigração)**. Este fenómeno pode gerar alguma complexidade nas relações estabelecidas entre os próprios Estados e entre os estrangeiros e os nacionais num determinado território. De certo modo, parece óbvio a existência de um certo conflito de interesses, uma vez que cada país faz uma apreciação, relativamente à emigração internacional e aos seus nacionais, de acordo com o que seja “o interesse público” ou “o interesse nacional”, determinando políticas de migração adequadas aos seus objectivos.¹¹

As posições dos diferentes Estados, referentes aos seus naturais, reflectem-se nas relações que estabelecem com os próprios imigrantes, no seu espaço territorial, fechando por vezes o acesso a ele, ou dificultando as condições de vida e de trabalho aos seus estrangeiros, quando não se encontram interessados em serem considerados Estados de Imigração.¹²

O interesse público determina, também, comportamentos específicos relativamente aos países que recebem os trabalhadores estrangeiros. Como refere Rocha-Trindade (1995) esse interesse determina como cada Estado se autodesigna e como classifica os estrangeiros que trabalham no seu território. Assim, os Estados do continente americano e da Oceânia são um exemplo de **países de imigração**, ao oferecerem condições favoráveis, não discriminatórias, com vista à fixação definitiva dos imigrantes, necessários para povoar e produzir força de trabalho, aspectos conside-

11. Se o interesse nacional exigir que os cidadãos não emigrem, por necessidade de fortalecer a mão de obra ou como reserva humana para a guerra, por exemplo, prevalecem medidas **políticas de restrição** à emigração, enquanto que se se considerar importante criar condições para a saída dos seus nacionais para fora das fronteiras, quando assim o desejam, prevalecerão medidas **políticas activas**, mais adequadas ao exercício das opções individuais.

12. A este respeito, Rocha-Trindade (1995) fala de Estados que favorecem a saída dos seus cidadãos para fora do país porque deste modo não sobrecarregam as despesas com a saúde, a escola e o emprego, para além de poderem contar, ainda, com a entrada de divisas, relativas às poupanças por eles efectuadas e, mais tarde, com os seus investimentos e as suas pensões de reforma e outros benefícios sociais que trazem do país de imigração. Contam ainda, no plano internacional, com vantagens comerciais, com o prestígio das suas comunidades no estrangeiro e com as inovações que estes possam trazer, quando do seu regresso.

rados essenciais pelos Estados, naquele momento. Outros países estabelecem designações para os estrangeiros trabalhadores, associadas a uma permanência pouco duradoura, como “trabalhadores convidados” ou “contratados”, tendo como perspectiva a necessidade da imigração para dar resposta pontual à inexistência de mão de obra nacional. Estes países não desejam ser considerados como Estados de Imigração, pelo que impõem regras apertadas relativamente aos mecanismos de autorização de trabalho, de residência e até do reagrupamento familiar.

2.2. ASPECTOS FÍSICOS E PSICOSSOCIAIS DA MIGRAÇÃO

“O fenómeno migratório é uma experiência traumática que envolve numerosas perdas e mudanças externas e que tem repercussões no psiquismo.”
(N. Ramos, 2004: 255)

Ao abandonar o seu país, o migrante deixou o seu ambiente protector, a sua família e amigos, os seus hábitos, relativos a tantas práticas do quotidiano, os valores, a língua e o clima, condições necessárias para a sua realização como indivíduo, para a sua aceitação por parte dos pares e para a sua própria satisfação.

O processo de migrar envolve uma série de mudanças, que se podem agrupar segundo a vertente humana que é dinamizada. Assim, podem-se considerar mudanças físicas, biológicas, sociais, culturais, psicológicas e políticas que o migrante terá de enfrentar e resolver para que o processo de integração se inicie e seja eficaz (Ramos, 1993, 2004).

Quaisquer que tenham sido as razões que o levaram a emigrar, a sua adaptação ao país receptor é feita à custa de uma série de mudanças físicas, psicológicas e sociais. Os factores que intervêm no processo dessas adaptações encontram-se ligados, por um lado, às características individuais dos próprios migrantes e por outro, às características do país de origem.

O processo de adaptação do migrante é essencialmente determinado pelas características demográficas, como o sexo, idade, estado civil, composição do agregado familiar e local de residência; características sociais, como o nível de escolaridade e de formação profissional, origem étnica, religião, conhecimento da língua do país de acolhimento; características económicas, como a integração no mercado de trabalho, estatuto socio-profissional e rendimento (Ramos, 1993; Rocha-Trindade, 1995).

Entende-se, assim, que associadas às capacidades individuais de integração num ambiente estranho, é primordial que a sociedade acolhedora facilite ao migrante um período de integração, permitindo uma *“manutenção parcial da identidade cultural do grupo étnico-cultural de origem, com uma participação, mais ou menos activa, dos indivíduos na nova sociedade”* (Ramos, 2004: 258). Para que isso aconteça, impõe-se uma sociedade que saiba respeitar as diferenças e também as semelhanças de cada um e integre uma política social relativa às migrações, que desenvolva estratégias concretas de implementação de políticas multiculturais. Desta forma, encontra-se facilitado o processo de aculturação, em que simultaneamente às perdas culturais, espaciais e temporais, se ganham ou substituem outras formas de estar e pensar, permitindo uma reformulação de alguns factores que foram aprendidos anteriormente e a coexistência de aspectos da cultura de origem e da cultura do país de acolhimento (Ramos, 1993, 2004).

Apesar de se poderem encontrar reunidas as condições (ideais) de integração, os migrantes constituem um grupo susceptível a maiores problemas físicos, emocionais e sociais. Na realidade, existem sempre algumas formas de discriminação dos migrantes nos países receptores condicionando, por exemplo, o acesso ao emprego, à habitação, à saúde, à escola, com a mesma garantia que é conferida aos autóctones. Aqueles, integram-se, habitualmente, em grupos étnicos de baixos rendimentos, vivendo em casas sem condições de habitabilidade, fazendo parte de bairros isolados e degradados, que se transformam em autênticos *ghettos*, que em nada facilitam a integração do indivíduo na nova sociedade.

Por outro lado, a falta de recursos económicos, as dificuldades inerentes à legalização e à língua e o *“desconhecimento dos hábitos culturais da sociedade receptora e dos serviços e apoios sociais”* traduzem factores principais para que os migrantes não recorram, habitualmente, ao sistema de saúde, levando a uma precária promoção da saúde e tratamento da doença (Ramos, 2004: 281). Desta forma, os imigrantes apresentam, de uma forma geral, um estado de saúde mais debilitado do que o da população autóctone, constituindo, assim, um grupo particularmente susceptível à doença e suas consequências socioeconómicas e familiares.

Situações de pobreza (deficiente alimentação, falta de condições de higiene e de habitabilidade) e de exclusão social ligadas ao isolamento, à falta de apoio social e à diminuta escolarização, provocam um desenvolvimento físico e emocional deficiente, criando condições para o agravamento de problemas de saúde, como para o aparecimento de novas patologias.

Conforme O`Donnell descreve (1986, *in* Ramos, 2004: 101), a saúde envolve várias vertentes, interdependentes, que deverão coexistir de uma forma equilibrada, agrupando-as da seguinte forma:

- *“Saúde emocional – inclui o equilíbrio e a gestão dos estados emocionais, das crises e das situações de stresse;*
- *Saúde intelectual – inclui a educação e a realização intelectual e profissional;*
- *Saúde social – inclui as relações com a família, amigos, pares e comunidade;*
- *Saúde espiritual – inclui os aspectos como a esperança, a fé, a religiosidade, a generosidade, os objectivos de vida;*
- *Saúde física – inclui o estado fisiológico, os cuidados básicos, nomeadamente alimentares e corporais, os cuidados médicos, o controlo de abuso de substâncias (álcool, drogas, tabaco, etc.).”*

Ao analisar estas dimensões verifica-se quanto o seu equilíbrio pode estar perturbado no contexto de vida habitual do migrante, tornando-o um ser vulnerável às doenças emocionais, intelectuais, sociais, espirituais e físicas. A forma com as sente e o modo como as interpreta e resolve depende da sua capacidade de avaliação do problema e da sua estratégia de adaptação (*coping*), mobilizando recursos internos e externos, modificando comportamentos, procurando auxílios. Tal como refere Ramos (2004: 109) *“estes processos transaccionais e as estratégias adoptadas pelos indivíduos desempenham um factor importante modelando o impacto dos diversos antecedentes ambientais e desencadeadores potencialmente patogénicos que podem travar ou acelerar o desenvolvimento de uma perturbação.”*

2.3. O FENÓMENO MIGRATÓRIO PORTUGUÊS

“... Portugal atractivo não padece de nenhuma doença populacional. Está, apenas, perante novas realidades demográficas, que marcam indiscutivelmente o seu presente e futuro.”
(M. J. V. Rosa, 2004: 188)

Portugal tem sido um Estado secular de Emigração, para a qual tem contribuído uma série de situações e factores diferentes na sua concepção, pelo que é necessário compreender as situações conjecturais em cada momento da História. Desde as ligações marítimas entre o Atlântico e o

Índico pelos navegadores portugueses, a extensão das rotas até à orla do Leste do Pacífico, a travessia do Atlântico Norte, passando pelas Antilhas e chegando à América, a passagem pelo arquipélago de Cabo Verde, a chegada ao Brasil, ao Canadá, Polinésia e Austrália, que os portugueses tinham presente não só o interesse científico e religioso mas, sobretudo, o desejo de enriquecer pelo comércio e a conquista de riquezas (Rocha-Trindade, 1995).

O aspecto relativo às tendências da população portuguesa em se deslocar para outras partes do mundo é abordado por Baganha (1999: 231) como uma *“constante estrutural da história portuguesa (...) que terá tido início na colonização da Madeira (cerca de 1425), e que desde então foi sendo progressivamente interiorizada no modo de vida e na mentalidade dos portugueses”*.¹³

O início do século XX caracterizou-se, também, por um grande volume de saídas de portugueses do país, sendo o Brasil o principal destino. Todavia, foi a partir dos finais dos anos 50 que a população portuguesa, que tradicionalmente cruzara os oceanos, inicia o seu percurso migratório pela Europa, tendo França como destino principal, seguida da Alemanha, Bélgica, Suíça, Holanda e Inglaterra.

Este fenómeno migratório traduziu-se por um despovoamento das regiões nacionais economicamente mais desfavorecidas, embora o movimento se tenha alargado a todo o país, o que a curto prazo veio provocar algumas dificuldades, nomeadamente pela pobreza mais acentuada de algumas regiões e pelo aumento da falta de mão de obra noutras, onde o desenvolvimento de infra-estruturas era primordial. Foi a partir dos anos 70 com a chamada “crise do petróleo”, instituída por uma inesperada crise económica mundial, dominada pelo espectro do desemprego na Europa, que os países tradicionalmente receptores adoptaram medidas de restrição à emigração, estimulando, para além disso, o regresso dos estrangeiros aos respectivos países de origem.¹⁴

13. O enraizamento e difusão das práticas sociais que suportam a emigração foram anteriores ao próprio fenómeno migratório, uma vez que “até à independência do Brasil o fluxo migratório português ligava-se a aspectos mercantis e imperiais da coroa portuguesa”. Só a partir desta altura (1822), é que o movimento migratório passou a ter o objectivo económico (Baganha, 1999: 232).

14. Nesta altura, a impossibilidade de tornar as colónias portuguesas como prováveis “novos” destinos migratórios, devido à insegurança manifestada no momento, veio agravar a condição do encerramento dos vários países à emigração, bem como o receio do regresso generalizado em massa dos emigrantes espalhados pela Europa, com todas as consequências económicas e sociais que isso implicaria.

Apesar de todo este carácter desolador, foram existindo algumas flutuações a nível económico, sendo a década de 80 caracterizada primeiro por um reforço positivo a este nível, para depois voltar a ser palco de um declínio e se instalar uma nova e significativa recessão económica, que tem perdurado, embora com níveis instáveis, ao longo dos últimos anos.

Na década de 90 até à actualidade, pode considerar-se que a situação de Portugal, como país de origem de emigrantes, se encontra condicionada por uma série de factores – como a livre circulação de cidadãos e a melhoria genérica da qualidade de vida, após a adesão a EU, presenciando-se, contudo, um assimétrico desenvolvimento regional e um desigual crescimento de riqueza pessoal – mantendo presente a existência de *“forças de repulsão capazes de motivar a tendência para a procura de mercados de trabalho exteriores mais favoráveis”*, Rocha-Trindade (1995: 156). Esta ideia é reforçada por Baganha (1999: 230) ao afirmar que *“no início dos anos 90, trinta por cento do total dos portugueses vivia e/ou trabalhava fora das fronteiras nacionais.”*

Desta forma, pode perceber-se que o aspecto permanente, embora flutuante, da emigração portuguesa continua a ser um fenómeno marcante desta sociedade, quer pelo seu volume, quer pelo seu impacto social e económico.

2.3.1. Portugal – País de Acolhimento

A análise do processo de imigração em Portugal envolve uma série de circunstâncias que fazem desta realidade um dos fenómenos mais visíveis da sociedade Portuguesa desde há duas décadas.

Até aos anos 70, e desde longa data, a imigração em Portugal estava limitada aos imigrantes de origem europeia. Os primeiros imigrantes africanos chegaram, em pequeno número, durante os anos 60, vindos essencialmente de Cabo Verde, para substituir a falta de mão de obra existente em Portugal, devido ao elevado número de emigrantes portugueses que se deslocaram para os países da Europa com maior desenvolvimento.

Foi depois da revolução de 1974 e do processo de descolonização dos territórios que Portugal ocupava em África, que se começou a verificar a vinda de milhares de Africanos, de todas as ex-colónias, e também de milhares de repatriados. No entanto, foi a partir dos meados de 1980 que a posição de Portugal no contexto das imigrações internacionais se modi-

ficou verdadeiramente, tornando-se, para além de um **país de emigração** – apesar de registar, nessa altura, um volume de saídas bastante inferior ao dos anos 60 – um **país de imigração**, igualando-se a outros países do Sul da Europa. Entre 1986 e 1996 registou-se um aumento significativo do volume de imigrantes, tendo quase duplicado, representando, neste último ano, um pouco mais de 2% da população residente (Machado e Perista, 1997).

O número de estrangeiros a residir no País não parou ainda de crescer, embora com ritmos diferentes ao longo do tempo, uma vez que só entre 2001 e 2002 se registou um acréscimo de 14 770 estrangeiros (representando um aumento de 6,6%), apesar de no período anterior, 2000/2001, este aumento ter sido maior (7,9%), (INE 2003).

Contudo, segundo os autores Machado e Perista (1997), a imigração em Portugal possui duas faces, que se distinguem segundo a origem dos imigrantes e a sua repartição socioprofissional. Por um lado, regista-se o fluxo migratório proveniente de alguns países ricos da Europa, constituído por quadros superiores de empresas multinacionais, que depois da adesão de Portugal à União Europeia se instalaram no país e dos seus reformados que decidiram aqui viver “*em busca de um clima ameno, de uma sociedade acolhedora e amigável e de um custo de vida comparativamente baixo*” (Rocha-Trindade, 1995: 44). Por outro lado, encontra-se um elevado contingente de trabalhadores da construção civil, no grupo dos homens, e de empregadas no sector de serviços, no grupo das mulheres, que são quase exclusivamente originários dos PALOP. Em 1996, 50% dos efectivos imigrantes eram de origem africana, tornando Portugal, em paralelo com França, o país da UE com a maior percentagem de imigrantes africanos.

No que diz respeito aos imigrantes de origem europeia, para além daqueles que representam os quadros superiores e os reformados oriundos dos países ricos, existem ainda os imigrantes originários da Europa do Leste, que em 1996 eram quase 4% do total do Europeus e cerca de 1% do total de estrangeiros (Machado e Perista, 1997).

Deve-se, igualmente, referir os imigrantes oriundos da América Latina, principalmente do Brasil, que completam a diversidade dos imigrantes em Portugal.

Sobre os dados disponíveis pelo INE, relativos a 2002, pode referir-se que a distribuição da população estrangeira residente em Portugal, segundo o continente de origem, era a seguinte: continente africano com 47,8%; con-

tinente europeu com 30,2%; continente americano com 17,1%; representando estes continentes 95,3% do total dos estrangeiros. As nacionalidades africanas mais representativas dos residentes estrangeiros, em 2002, foram Cabo Verde (21,9%), Angola (10,3%) e Guiné-Bissau (8,0%). No contexto europeu as nacionalidades mais representadas foi o Reino Unido (6,7%), Espanha (6,1%) e a Alemanha (5,0%) e no continente americano a nacionalidade com maior representatividade foi a brasileira (10,4%). Porém, a diversidade étnica e cultural em Portugal é, ainda, representada pelos Ciganos, cuja presença no país é secular, e pelas comunidades indianas e muçulmanas, compostas na sua maioria por cidadãos de nacionalidade portuguesa, vindos de Moçambique e Timor e por indivíduos vindos da China.

Relativamente aos valores acima referidos, relativos a 2002, verifica-se que os mesmos não se afastam dos dados apresentados por Machado e Perista (1997) referentes a 1996, reforçando a tendência do fluxo migratório para Portugal, apresentando-se a diferença mais significativa a nível dos imigrantes da Europa, nomeadamente os do Leste, que iniciaram os seus movimentos migratórios há menos anos que os anteriores, determinado pelas condicionantes políticas e sociais vividas nos seus países.

Retomando o fenómeno, já anteriormente abordado, do duplo fluxo de entrada de imigrantes – europeus e africanos – com características distintas, passa a analisar-se, de forma sucinta, alguns indicadores sociodemográficos e socioprofissionais, referentes ao período compreendido entre 1986 e 1996.

Uma diferença demográfica importante entre Europeus e Africanos é a que se reporta à proporção do género e sua repartição por idades, bem como ao tipo de família. Enquanto que os primeiros revelam um rácio por sexo quase equilibrado, com uma percentagem fraca de indivíduos com menos de 45 anos e famílias pouco numerosas, os segundos apresentam um grupo etário mais jovem, um número de mulheres baixo, relativamente ao dos homens, e famílias mais numerosas.

Neste âmbito, Machado e Perista (1997) referem que os Guineenses acentuam, ainda mais, estas diferenças, justificando para isso o facto deste grupo representar uma imigração mais recente que os outros africanos e se caracterizar por uma pronunciada mão de obra, composta essencialmente por homens jovens, que se inserem na construção civil e para quem o reagrupamento familiar é ainda limitado. Na realidade, o número de mulheres guineenses a viver em Portugal é significativamente mais baixo do que o verificado no seio dos europeus ou dos outros africanos.

Contudo, os autores supra citados revelam que os números oficiais relativos à imigração feminina oriunda dos PALOP poderão estar subestimados, uma vez que as imigrantes desenvolvem actividades económicas informais, realizadas em espaços domésticos, que poderão escapar ao controlo oficial.

Segundo afirmam os mesmos autores, os imigrantes europeus apresentam uma considerável percentagem de reformados (que vivem sobretudo na região sul do país) categoria praticamente inexistente no grupo dos africanos, o que se traduz num número reduzido de crianças e de jovens em idade escolar de origem europeia.

Outro contraste social entre as diversas categorias da população estrangeira é a que diz respeito à repartição profissional. Dados fornecidos por Machado e Perista (1997) referentes a 1995, apontam para que mais de metade dos Europeus que praticam uma actividade são quadros superiores ou exercem uma profissão científica ou técnica. Por seu lado, os imigrantes africanos, e mais particularmente os Guineenses, estão concentrados nas profissões ligadas à construção civil, trabalhos públicos, indústria de transformação de materiais primários e nos transportes.

Outro aspecto importante a salientar é o que se prende com o estatuto dentro da profissão. Enquanto que a quase totalidade dos trabalhadores africanos trabalham por conta de *outrem*, cerca de 40% dos Europeus são patrões, facto que condiciona a grande diferença da condição social entre os primeiros e os segundos.

2.3.2. Fluxos Imigratórios Nacionais

“Por movimento ou saldo migratório designamos, precisamente, aquela parcela de variação populacional observada num dado período, que fica a dever-se exclusivamente às entradas e saídas de residentes.”
(E. Pereira, 2002: 12)

Apesar do fenómeno migratório se caracterizar por movimentos migratórios, com um carácter temporal e espacial, a verdade é que se verifica alguma dispersão na forma como esses movimentos se multiplicam. Ao analisar-se as localizações geográficas e as características sociodemográficas dos imigrantes num dado País de Acolhimento encontram-se, quase sempre, algumas assimetrias entre algumas das suas regiões.

Na realidade, existe uma verdadeira assimetria na distribuição espacial dos imigrantes em Portugal, nomeadamente entre as áreas urbanas e rurais, entre grandes e pequenas cidades ou, ainda, entre a região da capital e o resto do país. Esta distribuição assimétrica entre regiões chama à atenção para a diferença existente entre fluxos migratórios internacionais e fluxos entre uma região de origem (ou de um país) e uma específica região de chegada, facto que leva a falar de “*regiões de imigração e, conseqüentemente, de países com regiões de imigração e outras sem imigração*” (Machado, 1999: 51) em vez de Países de Imigração.¹⁵

No seu artigo, Machado (1999) faz, também, referência a algumas diferenças relativamente à forma como os estrangeiros se distribuem em Portugal quando comparado com a distribuição ocorrida em países com histórias muito antigas de imigração, como a França e o Reino Unido, apesar de considerar que alguns comportamentos são semelhantes. Assim, se o carácter não-nacional da imigração é idêntico em Portugal e nos referidos países, embora ainda mais evidente no primeiro, o mesmo não acontece relativamente à distribuição no restante território nacional. Pode salientar-se, por exemplo, a desproporção da concentração de estrangeiros residentes nas regiões das capitais de Portugal, França ou Reino Unido, em que se registam valores (relativos) significativamente maiores na primeira capital. Mesmo comparando a localização geográfica dos imigrantes em cidades do Sul da Europa, como Madrid e Barcelona, Lisboa apresenta valores bastante maiores.¹⁶

A elevada taxa de concentração da população estrangeira na Região de Lisboa e Vale do Tejo apresenta algumas justificações, das quais se salienta o peso da diferenciação regional do progresso português, uma vez que o desenvolvimento socioeconómico global e a percentagem de imigrantes têm índices sobreponíveis (Machado, 1999).

15. Machado (1999) relata como principais razões para este fenómeno o facto de algumas regiões, de um determinado país, se mostrarem mais atractivas para os imigrantes, devido a um conjunto de factores, tais como o nível de desenvolvimento económico, a oferta de oportunidades e a maior densidade populacional, e apresenta alguns quadros elucidativos da distribuição da população estrangeira por regiões, entre 1986 e 1996, em Portugal. Da análise efectuada aos referidos quadros, observa-se que a Região de Lisboa e Vale do Tejo (que engloba os distritos de Lisboa, Setúbal e Santarém) é a que regista a maior concentração de imigrantes (65,1%), seguida do distrito de Faro (com 12,4%), do distrito do Porto (com 6,1%) e do resto do País (com 16,4%), dados todos referentes ao ano de 1996.

16. Deve-se, contudo, estar atento para o facto de não se poder confundir estes valores com os níveis de concentração de estrangeiros, pois na realidade o seu número absoluto em França e no Reino Unido “*são tão mais altos que, apesar de distribuídos por várias zonas urbanas, atingem proporções sobre o total de população residente que, em Portugal, nem mesmo na região de Lisboa se verificam*” (Machado, 1999:56).

Por outro lado, o diminuto fornecimento de mão-de-obra portuguesa à capital¹⁷, associado à elevada exigência do número de trabalhadores, pela quantidade de empreendimentos realizados em Lisboa, tem proporcionado e facilitado a fixação de imigrantes na Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Contrariamente, os distritos do Interior Norte e Centro do País apresentam uma auto-suficiência de oferta de trabalho, devido a algumas especificidades demográficas dessas zonas, tais como a elevada taxa de abandono escolar e a entrada precoce no mercado de trabalho. Por outro lado, o facto do “tecido industrial português”, bastante concentrado nestas zonas, se caracterizar por pequenas e médias empresas, muitas vezes com uma estrutura familiar, impede a presença de trabalhadores imigrantes, realidade totalmente oposta nos países tradicionalmente de imigração, onde o sector industrial é representado por uma presença significativa de imigrantes. Machado (1999) recorda, ainda, que a reduzida presença de imigrantes na agricultura nacional, caracterizada por empregar uma população activa acima da média de idades da existente na UE e pela prevalência de uma agricultura rudimentar, é outro factor que contribui para “*o desenho específico do mapa da imigração portuguesa*”.¹⁸

Os distritos litorais do Norte e Centro, apesar do envelhecimento global da população, têm ainda um número de efectivos activos suficientes para as suas necessidades, o que parece também limitar o desenvolvimento da imigração nesses locais.

No que concerne à população imigrante no Algarve, zona com uma situação semelhante à da Região de Lisboa e Vale do Tejo, apresenta uma carência de mão-de-obra nas actividades ligadas ao turismo e hotelaria e na construção civil e obras públicas (Machado, 1999).

Uma questão que também se coloca remete para as consequências desta distribuição desigual dos imigrantes relativamente às regiões do país.

17. Na realidade, há vinte ou trinta anos atrás a região Alentejana fornecia uma significativa reserva de mão-de-obra para o mercado de trabalho de Lisboa, situação que se foi modificando pelo acentuado declínio demográfico, traduzido por uma alta taxa de idosos e uma baixa taxa de jovens (Almeida *et al.*, 1994, *in* Machado, 1999).

18. Como se pode perceber, este acontecimento encontra-se desfasado de alguns dos pressupostos do Modelo de Ravenstein (1885, *in* Rocha-Trindade, 1995), abordado no capítulo anterior, que determina que “*os emigrantes internos vêm o seu lugar ocupado por migrantes oriundos de regiões longínquas colmatando, assim, a falta dos primeiros*”; e que “*cada corrente migratória produz uma contra-corrente compensatória*”. Considera-se que as razões que parecem justificar a natureza contraditória destes pressupostos quando aplicados ao fenómeno Português, se prendem com os aspectos ligados ao desenvolvimento socioeconómico do país e à sua diferenciação regional.

Considerando que Lisboa representa a região onde está provado existir o maior número de imigrantes a viver, o maior problema pode traduzir-se na dificuldade em oferecer melhores condições de vida a esses cidadãos estrangeiros. De facto, o que acaba por acontecer é que não existem infra-estruturas integradas, projectos estruturados e actividades planeadas de modo a garantir a inserção e a integração de tão grande número de imigrantes e respectiva família na sociedade acolhedora.

Outro aspecto a ter presente é que, para além de novos imigrantes que não param de chegar, existe uma tendência para que os que já se fixaram permaneçam por mais de uma geração.

Assim, a manter-se o actual padrão espacial da imigração, outros impactes poderão surgir, a curto prazo, para a estruturação da sociedade portuguesa, como os de natureza demográfica, cultural e económica. Em termos demográficos, é de sublinhar a tendência para o agravamento da discrepância da densidade populacional entre o litoral e o interior e entre o norte e o sul, embora de forma menos significativa neste último, uma vez que a concentração dos imigrantes e suas famílias, não se efectua nas zonas onde o envelhecimento da população é mais acentuado. Em termos culturais coloca-se o problema da elevada heterogeneidade étnica e racial da Área Metropolitana de Lisboa, em contraste com uma homogeneidade cultural do restante país e das dificuldades que o multiculturalismo pode apresentar, quando o problema não é equacionado.

Sobre o problema da heterogeneidade da sociedade de acolhimento, Rocha-Trindade (1995: 91-92) refere que *“a multiculturalidade, o pluralismo cultural e a interculturalidade devem ser repensados continuamente, pois as culturas estão em constante transformação/mutação”*, sendo que a *“realidade mais importante para se analisar é aquela que traduz a mobilidade e a natureza dos contactos entre culturas diferentes, ao nível mundial, nacional, local e comunitário.”*

2.3.3. Dados Estatísticos

“A perguntas aparentemente simples, como quantos estrangeiros residem em Portugal e quais são as suas principais nacionalidades, as respostas podem ser diversas.”
(M. J. V. Rosa, et al., 2003: 38)

Em Portugal, país considerado tradicionalmente de emigração, desde que recentemente passou a caracterizar-se como país de imigração, tem exis-

tido alguma preocupação no estudo deste fenómeno, como se pode verificar nas diversas referências temáticas existentes, nomeadamente trabalhos científicos, relatórios e artigos de divulgação.

Alguns aspectos demográficos, análise política, económica, social e educacional¹⁹ têm sido vertentes amplamente analisadas nestes últimos anos faltando, contudo, estudos mais profundos na área da saúde em geral e na população feminina em particular.

A esta escassez de informação, junta-se também a dificuldade em se saber na realidade quantos imigrantes, sua origem e sexo, existem em Portugal. A principal causa deste problema parece residir nos diferentes tipos de fontes estatísticas utilizadas e do contexto em que é feita a análise dos dados, isto é "*consoante se considerem apenas os estrangeiros titulares de autorização de residência e de cartão de residência ou também aqueles a quem foi emitida uma autorização de permanência*" (Rosa *et al.*, 2003: 38).

Existem em Portugal duas fontes principais que fornecem dados relativos aos estrangeiros no País – Recenseamentos da População, da responsabilidade do Instituto Nacional de Estatística (INE) e Relatórios Estatísticos, da responsabilidade do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF).²⁰

Contudo, quando se comparam os resultados publicados encontram-se algumas discrepâncias entre os mesmos. As razões apontadas para tais diferenças, passam pelo facto de os dados se reportarem a universos distintos, pela existência de restrições colocadas às respostas dos efectivos, como por exemplo apenas se considerar imigrantes com situação regular perante a lei, por omissões nas respostas ou, até, pela existência de alguma confusão nos termos utilizados e nos grupos de cidadãos avaliados. A este respeito Rosa *et al.* (2003), referem que na análise sobre a população estrangeira podem ser incluídos cidadãos estrangeiros que nunca foram imigrantes, como é o caso dos filhos de estrangeiros nascidos em Portugal e que têm a nacionalidade dos seus pais. Outro aspecto

19. Em 1991 o Ministério da Educação cria o Secretariado Coordenador dos Programas de Educação Multicultural, de âmbito exclusivamente educativo, com o objectivo de conceber e realizar projectos e programas interministeriais, assegurar apoio especializado e elaborar conteúdos formativos na área da interculturalidade (Santos, 2004).

20. Existe, ainda, o Instituto do Desenvolvimento e Inspeção das Condições, cujos dados estatísticos se referem exclusivamente aos estrangeiros com contrato de trabalho registado em Portugal, reportando-se a um grupo muito específico da população estrangeira.

a considerar é que a situação de imigrado pode não existir para sempre, não tendo, por isso, a nacionalidade um carácter vitalício.²¹

A título exemplificativo desta diferença de valores, apresentam-se alguns resultados referidos por Rosa *et al.* (2003):

- O número total de estrangeiros é mais elevado para o INE, embora essa superioridade não se aplique a todas as nacionalidades, sendo os valores mais elevados para o SEF no caso de Cabo Verde e Guiné-Bissau, por exemplo;
- No que respeita às nacionalidades mais representadas, enquanto que para o INE Angola ocupa o primeiro lugar, seguindo-se Cabo Verde e em terceiro lugar o Brasil, para o SEF Cabo Verde ocupa o primeiro lugar, seguindo-se o Brasil e em terceiro Angola.

Deve salientar-se que as referidas divergências podem não ser indiferentes quando se pretende avaliar e analisar de forma profunda e detalhada os respectivos dados, pois os resultados poderão sair deturpados.

No caso concreto deste trabalho, pretende-se apenas a enumeração de alguns dados estatísticos, de forma a contextualizar a temática da imigração em Portugal, pelo que se utilizará dados referentes ao XIII.º e XIV.º Recenseamentos da População em Portugal, realizados pelo INE, em 1991 e 2001, dados que foram analisados e, por vezes, calculados, a partir dos números fornecidos pelos organismos oficiais, por Rosa e colaboradores (2003).

Neste subcapítulo tem-se como objectivo fazer uma breve caracterização da população estrangeira residente em Portugal, referente aos anos 1991 e 2001, abordando aspectos como o número de estrangeiros residentes em Portugal, as nacionalidades mais representativas, a composição por sexos, a composição por idades, a distribuição regional e a natalidade e fecundidade.

Os dados serão apresentados de uma forma simples e resumida, reunindo apenas os que se consideram mais significativos para o presente estudo, procedendo-se a uma breve análise sobre os mesmos.

21. Existem leis que prevêm a atribuição da nacionalidade portuguesa, mediante o respeito por determinadas condições estabelecidas.

Estrangeiros residentes em Portugal e suas nacionalidades

Segundo mostram os valores apresentados no Quadro 1, a população estrangeira em Portugal aumentou significativamente na última década.

Ainda que o número de estrangeiros a residir em Portugal signifique uma pequena parcela da população residente em Portugal (segundo os dados do censo de 2001 ela representa 2,2%), o seu contributo para o aumento de residentes verificado entre 1991 e 2001 foi bastante significativo. Na realidade, verificou-se um acréscimo de 83% de residentes estrangeiros, contrastando com os 4% observados na população com nacionalidade portuguesa.

Quadro 1 – Portugueses e estrangeiros residentes em Portugal (1991 e 2001)

	1991	2001	Tx. Variação (%)
Total	9 876 147	10 356 117	5
Portugueses	9 739 764	10 123 422	4
Estrangeiros	127 370	232 695	83

Fonte: Contributos dos "Imigrantes" na Demografia Portuguesa (Rosa *et al.* 2003: 49)

No que se refere às nacionalidades mais representativas, verifica-se pela leitura do Quadro 2 que existem diferenças em função do ano em análise. Enquanto alguns países diminuíram drasticamente a sua representatividade no ano de 2001, como EUA e Moçambique, outros aumentaram-na significativamente, como Cabo Verde, Brasil e Angola; outros, ainda, que não tinham expressão significativa em 1991, como Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe, passaram a registá-la em 2001.

Quadro 2 – Estrangeiros²² residentes em Portugal, segundo as nacionalidades mais representativas (1991 e 2001)

Nacionalidade	1991	2001
Cabo Verde	15 714	33 145
França	13 742	15 359
Brasil	13 508	31 869
Angola	9 368	37 014
Venezuela	8 455	5 242
Espanha	6 273	9 047
Reino Unido	5 977	8 227
Alemanha	5 402	8 387
EUA	4 673	
Moçambique	3 186	
Guiné-Bissau		15 824
S. Tomé e Príncipe		8 517

Fonte: Contributos dos “Imigrantes” na Demografia Portuguesa (Rosa *et al.*, 2003: 41)

Composição por sexos

A composição por sexos da população de nacionalidade estrangeira difere da composição por sexos, quer da população portuguesa, quer da população residente em Portugal.

Assim, embora, o sexo feminino seja dominante em 1991 e em 2001 na população residente em Portugal, na população de nacionalidade estrangeira o sexo prevalecente passou, em 2001, a ser o sexo masculino.²³ Se

22. Ao longo deste subcapítulo, far-se-á referência ao termo “*estrangeiros*”, pelo qual se considera os cidadãos de nacionalidade estrangeira identificada, os apátridas e os cidadãos com mais de uma nacionalidade, excluindo a portuguesa. Como população de nacionalidade portuguesa entende-se os cidadãos em que pelo menos uma das suas nacionalidades é portuguesa (Rosa *et al.*, 2003).

23. Na realidade, o papel da população estrangeira a residir em Portugal foi decisivo para o aumento registado do valor da relação da masculinidade, uma vez que se contasse apenas com os efectivos de nacionalidade portuguesa, essa relação teria passado de 93,0 em 1991 para 92,8 em 2001, o que vai de encontro com a tendência nacional relativa à maior mortalidade masculina, diminuindo a relação de masculinidade (Rosa *et al.*, 2003).

bem que já se tivesse verificado em 1991 uma prevalência do sexo masculino, em certos grupos de nacionalidade estrangeira (como a cabo-verdiana, guineense e chinesa), o sexo feminino era ainda dominante entre os efectivos de nacionalidade estrangeira, (Rosa *et al.*, 2003).

No entanto, a superioridade do sexo masculino em relação ao sexo feminino não se estende de forma homogénea a todas as regiões do país e a todas as nacionalidades estudadas.

Como se pode verificar pela análise do Quadro 3, no caso da população estrangeira europeia regista-se uma forte masculinização observada desde a década de 90, para a qual contribuíram estrangeiros não comunitários que em 2001 apresentam os valores mais elevados das relações de masculinidade, das várias populações estrangeiras analisadas. Neste grupo destaca-se a Ucrânia e a Moldávia, nacionalidades em que o número de homens residentes em Portugal é quatro vezes superior ao das mulheres.

Nos imigrantes de origem de países do continente africano, o reforço da masculinização desta população entre 1991 e 2001 foi pouco significativo, devendo-se o facto ao reagrupamento familiar. Observou-se um reforço da representatividade feminina em relação à masculina, nas nacionalidades africanas estudadas, à excepção de Angola.

É de realçar que esta representatividade feminina não acompanhou a mesma evolução, quando se compara a população de nacionalidades africanas com a de origem asiática, em que, por exemplo, o número de indivíduos do sexo masculino por cada 100 do sexo feminino duplicou entre 1991 e 2001. O mesmo aconteceu relativamente à população estrangeira do continente americano, em que a supremacia feminina em 1991 foi ultrapassada pela masculina em 2001, evolução que apresenta maior relevância no caso dos cidadãos de nacionalidade brasileira.

Quadro 3 – Relações de masculinidade da população residente em Portugal, por regiões e países (1991 e 2001)

	1991	2001	Tx. Variação (%)
Portugal	93,1	93,4	0,3
Portugueses	93	92,8	-0,2
Estrangeiros	95,9	118,3	23,4
Europa (s/ portugueses)	90,9	130,0	43,1
Países Europeus não EU	97,1	280,2	188,5
Países Europeus EU	90,5	94,2	4,1
Moldávia		485,1	
Roménia		288,5	
Rússia		169,2	
Ucrânia		437,2	
Ásia	85,2	170,9	100,6
China	110,7	115,0	3,9
América	98,6	113,1	14,7
Brasil	88,7	113,6	28,0
África	107,2	111,6	4,2
Angola	82,3	103,8	26,0
Cabo Verde	120,0	105,2	-12,3
Guiné-Bissau	177,9	168,0	-5,5
São Tomé e Príncipe	85,8	85,2	-0,7

Fonte: Contributos dos “Imigrantes” na Demografia Portuguesa (Rosa *et al.*, 2003: 55)

Composição por idades

O aumento global verificado na população de nacionalidade estrangeira estendeu-se, de uma maneira geral, a todas as idades, com excepção dos grupos 0-4 anos e 15-19 anos que registaram na década de 90 uma redução de efectivos, verificando-se os aumentos mais significativos nas idades activas, nomeadamente entre os 20 e os 54 anos, (Rosa *et al.*, 2003).

A par do aumento da idade média da população portuguesa (que passou de 36,9 anos em 1991 para 39,5 em 2001) e apesar de todas as populações de nacionalidade estrangeira consideradas (excepto a espanhola e a chi-

nesa) registarem um aumento da idade média, observou-se, no entanto, uma idade média inferior na população estrangeira relativamente à portuguesa, (Rosa *et al.*, 2003).

Quando comparadas as idades médias das várias populações estrangeiras em análise, em 2001, registam-se algumas diferenças, como se pode verificar no Quadro 4.

Quadro 4 – Ordenação dos países de origem dos estrangeiros residentes em Portugal, segundo a idade média (2001)

Idade média dos estrangeiros (anos)/país de origem			
França	26,8	Moldávia	32,9
Angola	28,5	Rússia	33,8
S. Tomé e Príncipe	29,6	Ucrânia	34,2
Guiné-Bissau	29,8	Cabo Verde	34,4
Roménia	30,3	Alemanha	38,4
China	30,5	Espanha	41,0
Brasil	31,2	Reino Unido	45,3

Fonte: Contributos dos “Imigrantes” na Demografia Portuguesa (Rosa *et al.*, 2003: 59)

A população estrangeira de nacionalidade europeia é a que apresenta a idade média mais elevada, sendo de realçar, contudo, um aumento relativo à média de idades dos estrangeiros do Leste europeu, ligado à excessiva concentração destas populações nas idades activas. Por outro lado, as idades médias mais baixas são representadas pela população dos continentes africano e americano, as quais se distanciam da idade média dos estrangeiros europeus em cerca de cinco anos e da idade média dos portugueses em nove anos.

Distribuição regional

Apesar da população estrangeira representar apenas 2,2% da população residente em Portugal, ela não se distribui de igual forma pelo país, conforme já mencionado anteriormente. À escala regional, apenas três regiões apresentam percentagens de estrangeiros superiores ao valor nacional global – Grande Lisboa (5%); Península de Setúbal (4%); Algarve (6%), (Rosa *et al.*, 2003).

Quanto ao modo como a população estrangeira se distribui no território português, salienta-se uma forte concentração na Grande Lisboa (44%);

Península de Setúbal (12%); Algarve (10%); Grande Porto (6%), conforme se pode verificar no Quadro 5.

Deve-se, ainda, sublinhar que os estrangeiros de nacionalidade africana são os que apresentam níveis de residência mais elevados (62%) na Grande Lisboa, ao contrário dos estrangeiros europeus, que são os que se apresentam menos concentrados (23%), nessa mesma região.

Quadro 5 – Distribuição dos estrangeiros residentes por regiões e principais países de origem (2001)

	Algarve	Gd. Lisboa	Gd. Porto	Oeste	Pen. de Setúbal	Total
Estrangeiros	10%	44%	6%		12%	72%
Europa (s/ portugueses)	22%	23%	7%			52%
Países europeus não UE	21%	27%		7%		55%
Países europeus UE	22%	21%	8%			51%
Ásia		59%	8%		9%	76%
América		32%	10%		11%	53%
Brasil		38%	11%		14%	63%
África	4%	62%			17%	83%
Angola		59%	5%		16%	80%
Cabo Verde	6%	66%			20%	92%
Guiné-Bissau	5%	73%			12%	90%
São Tomé e Príncipe		65%	2%		27%	94%

Fonte: Contributos dos "Imigrantes" na Demografia Portuguesa (Rosa *et al.*, 2003: 68)

Natalidade e fecundidade

Quando se compara a taxa de natalidade e a taxa de fecundidade entre a população portuguesa e estrangeira verifica-se que são maiores neste último grupo²⁴, como se pode notar pela análise do Quadro 6.

24. Segundo Rocha-Trindade (2004), os estrangeiros contribuíram para cerca de 9/10 do aumento do número de nados vivos registado em Portugal entre 1995 e 2001.

Quadro 6 – Taxas de natalidade e fecundidade das populações de nacionalidade portuguesa e estrangeira (2001)

	Portugueses	Estrangeiros ²⁵
Taxa de Natalidade Masculina (%) ²⁶	21,1	51,1
Taxa de Natalidade Feminina (%) ²⁷	20,4	55,8
Taxa de Fecundidade Geral Feminina (%) ²⁸	41,8	80,4

Fonte: Contributos dos “Imigrantes” na Demografia Portuguesa (Rosa *et al.*, 2003: 77)

A diferença dos valores observados parece explicar-se pela existência de níveis mais elevados de natalidade nas populações estrangeiras e ao facto de se registar uma concentração superior de estrangeiros na idade fértil, face aos valores relativos da população portuguesa (Rocha-Trindade, 2004; Rosa *et al.*, 2003).

Com efeito, os níveis de natalidade de uma dada população são fruto da combinação entre a composição etária e os níveis de fecundidade, sendo estes traduzidos, por sua vez, em função do factor idade. Assim, duas populações podem ter níveis de fecundidade idênticos e terem valores de natalidade dispares, bastando para isso que “*o número e a composição etária das mulheres no período fértil sejam diversos, observando-se mais nascimentos na população que tiver maior concentração de mulheres no período fértil e, dentro deste, nas idades mais férteis*” (Rosa *et al.*, 2003: 77).

A situação referida parece aplicar-se à realidade portuguesa, uma vez que enquanto na população de nacionalidade portuguesa 25,3% são mulheres no período fértil (15-49 anos), na população de nacionalidade estrangeira, este mesmo grupo apresenta um valor de 31,8%.

É de salientar que, segundo Rosa *et al* (2003: 78) apenas o grupo de países europeus não comunitários e os britânicos apresentam, em 2001, percentagens de mulheres no período fértil inferiores ao valor de Portugal, enquanto que a maior concentração se regista nas populações estrangeiras dos continentes africano e americano. Quando a análise das percentagens das mulheres em período fértil se efectua por nacionalidades sobressaem os valores registados pela nacionalidade francesa (39,3%),

25. Não foram considerados os nados-vivos dos progenitores com nacionalidade ignorada.

26. Número de nados-vivos por cada 1000 homens.

27. Número de nados-vivos por cada 1000 mulheres.

28. Número de nados-vivos por cada 1000 mulheres com 15-49 anos.

santomense (38,5%), chinesa (38,3%), brasileira (36,3%), angolana (35,4%) e cabo-verdiana (34,9%). Guiné-Bissau, embora com valores significativamente mais baixos relativo à percentagem de mulheres em idade fértil (26,8%), encontra-se ainda com superioridade numérica relativa às mulheres portuguesas.²⁹

Como se pode verificar no Quadro 6, também a Taxa de Fecundidade Geral Feminina (TFG) da população estrangeira é superior à da população portuguesa. A análise da diferença entre estas duas populações leva a considerar que, embora a TFG se ligue ao período fértil das mulheres, existem períodos mais férteis uns que outros, pelo que o seu valor pode variar conforme o número de mulheres nesses períodos (por exemplo entre os 20 e os 29 anos).

Para se obter um registo mais correcto seria necessário recorrer a outros indicadores, que neutralizam o efeito da composição dos elementos femininos no interior do período fértil. Entre estes encontra-se o Índice Sintético de Fecundidade³⁰, cuja análise, por ser demasiado detalhada, ultrapassa os critérios previstos para o presente estudo, pelo que não será abordado.

2.4. MULHERES MIGRANTES EM PORTUGAL

“... não basta adoptar um modelo de cidadania universalista, é necessário criar condições para o seu exercício, sob o risco dos efeitos objectivos perverterem os efeitos desejados e se ampliarem as desigualdade.”
(V. Ferreira, 1999: 224)

A situação das mulheres em Portugal apresenta características que por si só levam a pensar em contradições e controvérsias. Todavia, nesta análise, não se pode esquecer que as mulheres viram alterada a sua condição social, em numerosos campos, num passado recente, correspondente ao período da instauração e consolidação da democracia em Portugal. De facto, a partir da década de 70 as mulheres viram reconhecida constitucionalmente a igualdade entre os dois sexos com a aprovação de um novo Código Civil que extinguiu a figura de “chefe de família” e retirava aos homens alguns direitos

29. Valores retirados da Figura 15 (Rosa *et al.*, 2003: 78).

30. O Índice Sintético de Fecundidade “*informa sobre o número médio de filhos que cada mulher teria no final do período fértil, se os níveis de fecundidade, observados nas várias idades do período fértil para o momento de referência, se mantivessem idênticos*” (Rosa *et al.*, 2003: 79).

que tinham sobre as mulheres, ficando, assim, garantidas uma série de condições, tais como o direito ao voto, o acesso a todas as carreiras profissionais e o alargamento do período de maternidade.

Contudo, parece existir um paradoxo no que diz respeito à contradição entre um quadro jurídico-constitucional, dos mais avançados da Europa, assente na igualdade entre os dois géneros e a reduzida intervenção das mulheres no plano político e social. A explicação para este fenómeno parece ligar-se a aspectos do quotidiano que se prendem sobretudo com um longo horário de trabalho (o maior da EU) e os escassos equipamentos de apoio a crianças, idosos, deficientes e doentes.

De facto, Portugal apresenta a terceira taxa de actividade feminina mais alta da Europa, para o grupo etário dos 25 aos 49 anos, no entanto essa actividade é *“exercida em condições e sectores de actividade bastante diferentes daqueles que noutros países, respondem também por um elevado nível de actividade das mulheres”* (Ferreira 1999: 203). Para além do tipo de actividade feminina ser essencialmente mais pesado, não se pode, ainda, esquecer que continua a caber à mulher a função de cuidar dos filhos, dos doentes e da casa, atribuições que permaneceram indeléveis de um passado longo, mesmo após as recentes mudanças verificadas.

No entanto, esta mesma autora refere, ainda, um outro paradoxo a que é necessário atentar: *“enquanto as diferenças entre as mulheres têm vindo a ampliar-se, as diferenças entre mulheres e homens não têm sofrido uma alteração comparável”* (Ferreira, 1999: 208). Depreende-se que se algumas mulheres têm uma formação elevada, perspectivas de carreira profissional e um emprego bem remunerado, a maior parte, pelo contrário, apresenta, ainda, uma formação deficiente ou baixa, duras condições de trabalho, fracas perspectivas de carreira e um salário reduzido.

As mulheres com sucesso socioprofissional e económico em Portugal são, ainda, um pequeno grupo de excepção, continuando as diferenças entre os géneros a serem semelhantes às que existiam até há pouco tempo, em que o homem apresentava uma superioridade a todos os níveis.

Desta forma, a *“igualdade formal”* falada e legislada não é praticada na realidade, o que se traduz numa sobrecarga de trabalho para as mulheres e em deficientes condições de formação e de emprego, que dificultam a sua integração total na sociedade.

Se esta situação de desigualdade entre géneros é real para as mulheres nacionais, mais profundamente se coloca o problema para as mulheres

migrantes, que abandonam os seus lares, por vezes os seus filhos e partem à procura de melhores condições de vida, para si e os seus. Elas, vulneráveis pelas suas características, ficam mais expostas à solidão, à ausência de suporte familiar e social e à exploração económica, tornando-se mais susceptíveis aos danos da exclusão e pobreza do que os homens migrantes.

Quando um homem parte para outro país deixando a mulher e os filhos, passa esta a ocupar a posição de chefe de família, cuidando de todos os elementos que tem a seu cargo. Logo que os homens estabilizam a sua vida, arranjando emprego e casa, as mulheres juntam-se-lhes, deixando, por vezes, os filhos com os avós, para mais facilmente se instalarem no novo país. Menos frequentes são os casos em que famílias inteiras abandonam o seu país para se deslocarem para outro. Cada vez mais habitual é, no entanto, a existência de mulheres que imigram sozinhas à procura de melhores condições económicas.

Se habitualmente, as mulheres apresentam uma maior vulnerabilidade psicológica, social e cultural, essa vulnerabilidade acentua-se quando se trata de mulheres imigrantes, em virtude das condições de vida bastante desfavoráveis. As diferenças socioculturais, as dificuldades de comunicação, o analfabetismo, os problemas de legalização e as situações de discriminação, associadas ao género e à condição de imigrante, dificultam a sua integração na nova sociedade (Ramos, 1993, 2004).

2.4.1. Evolução da Imigração Feminina

Quando se pretende estudar o perfil da imigração feminina em Portugal, verifica-se que existem dificuldades na análise dos dados no que se refere à distribuição por sexo pelas diversas categorias. Por um lado, são inerentes às limitações das fontes estatísticas e, por outro, às dissonâncias entre alguns números apresentados, segundo as fontes consideradas. Este problema impede uma leitura mais fidedigna dos contrastes das condições sociodemográficas e profissionais entre os géneros de imigrantes, pelo que se optará por apresentar alguns dados separadamente, relativos ao sexo feminino, efectuando-se uma leitura simples dos mesmos.

A população estrangeira a residir em Portugal, a 31 de Dezembro de 2003, foi estimada em 250 697 cidadãos, sendo 138 046 do sexo masculino e 112 651 do sexo feminino, o que se traduz numa relação de masculinidade de 123 homens por cada 100 mulheres (INE, 2004).

Em 2003, dos indivíduos estrangeiros que solicitaram estatuto de residente em Portugal (13 752), 47,1% eram do sexo masculino e 52,9% do

sexo feminino. Relativamente à autorização de permanência³¹, e durante o mesmo ano, o SEF concedeu 6 070 ao sexo masculino e 3 027 ao feminino (INE, 2004).

No que respeita à distribuição da população estrangeira, com estatuto legal de residente, por nacionalidade e sexo, verifica-se uma elevada proporção de cidadãos de nacionalidade africana, embora a relação de masculinidade seja inferior neste grupo, como se pode observar pela análise do Quadro 7.

Quadro 7 – População com estatuto legal de residente, por nacionalidade e sexo (2001 e 2002)

Nacionalidade	31/12/2002 ³²		31/12/2003 ³³	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
União Europeia	35 061	30 995	37 003	32 802
Roménia	381	237	449	317
Rússia	271	428	306	546
Ucrânia	137	162	241	278
África	66 364	48 022	68 353	50 279
Cabo Verde	29 565	22 662	30 331	23 527
Angola	13 752	11 015	14 167	11 514
Guiné-Bissau	13 102	6 120	13 582	6 627
São Tomé e Príncipe	3 394	3 574	3 556	3 757
Moçambique	2 620	2 245	2 650	2 296
Guiné	543	235	516	249
EUA	4 542	3 462	4 539	3 465
Brasil	12 498	12 286	13 070	13 491
Ásia	6 219	4 716	6 559	5 012

Fonte: INE (2004: 150)

31. A Autorização de Permanência tem definida a data de 31 de Outubro de 2001, como data limite de entrada em Portugal para a sua concessão (INE, 2004).

32. Dados definitivos.

33. Dados provisórios referentes a 2003, por não terem sido feitos os habituais ajustes por parte do SEF, antes da apresentação dos presentes dados (INE, 2004).

Quando se analisa a composição sexual e etária da população estrangeira em Portugal, verifica-se que o seu padrão demográfico é diferente da população autóctone. Assim, os imigrantes apresentam taxas de feminilidade mais baixas e estruturas etárias muito mais jovens. Pela comparação entre estes indicadores, verifica-se que existem diferenças consideráveis nas várias categorias de população estrangeira. Os imigrantes europeus são os que apresentam a composição sexual menos desequilibrada e mais próxima da população portuguesa.

Relativamente ao sector feminino da imigração, pode afirmar-se que os factores da sua localização espacial não diferem muito dos que regulam a distribuição dos imigrantes em geral, que se concentram, sobretudo, em zonas de grande desenvolvimento económico. A situação laboral mais comum entre as mulheres imigrantes é o trabalho em serviços de limpeza e domésticos e, ainda, em restaurantes e hotéis. As maiores necessidades de recrutamento de trabalho para as imigrantes femininas, nas actividades apontadas, concentram-se, tal como as já abordadas no sector masculino, na região de Lisboa e Vale do Tejo, seguida da região do Algarve, onde o emprego feminino está particularmente ligado ao sector da hotelaria (Machado, 1999).

2.4.2. Caracterização da População Feminina Imigrante

Para falar das mulheres imigrantes em Portugal é necessário voltar a reflectir sobre o problema que se centraliza na existência de dois subconjuntos principais de categorias de imigrantes, que no caso concreto se dividem em imigrantes europeias e africanas.

Segundo a classificação de Machado e Perista (1997), deve ter-se em conta que no seio das imigrantes europeias se podem distinguir dois tipos de grupos. O primeiro grupo, largamente maioritário, corresponde ao modelo clássico de imigração, originária da UE, constituído por mulheres que acompanham os maridos, elementos de quadros superiores de empresas multinacionais que se instalaram em Portugal e que possuem um contexto familiar estável e um nível de vida bastante elevado. A este grupo de mulheres os autores supracitados denominam de "*immigrées européennes classiques*". Um segundo grupo, notoriamente mais pequeno, é composto por mulheres essencialmente jovens, sem inserção familiar consolidada, e que, apesar de se encontrarem integradas no mercado de trabalho, apresentam algumas condições de precariedade e a quem os referidos autores denominam de "*immigrées européennes atypiques*". Considerando a origem destas mulheres, as primeiras serão originárias, especialmente, de França, Reino Unido e Alemanha, enquanto que as

Espanholas e as da Europa do Leste constituem predominantemente o segundo grupo.

Relativamente à categoria das imigrantes africanas, a análise irá incidir, sobretudo, no grupo das mulheres imigrantes guineenses, devido ao facto de se tratar dos dados que existem disponíveis na pesquisa bibliográfica efectuada.

É igualmente possível distinguir, tal como para as europeias, duas categorias nas mulheres guineenses residentes em Portugal – por um lado, as imigradas propriamente ditas, de nacionalidade guineense, que constituem a maioria, e as guineenses de nacionalidade portuguesa ou, como lhes chamam Machado e Perista (1997: 97) “*les Portugaises noires d’origine guinéenne*”. Deve salientar-se que nestas últimas, a obtenção da nacionalidade portuguesa não se deve ao percurso migratório, mas a circunstâncias particulares do processo de descolonização dos territórios ocupados por Portugal, depois de 1974. Assim, os indivíduos com ascendência portuguesa ou que profissionalmente tivessem prestado serviços à administração colonial podiam optar pela nacionalidade portuguesa. Apesar da origem territorial comum, que se traduz por uma partilha de referências culturais, os dois grupos de mulheres guineenses apresentam estratégias e percursos migratórios diferentes, bem como perfis sociais e culturais distintos. Diferenças do mesmo tipo entre “estrangeiras” e “portuguesas” podem ser igualmente encontradas nas populações originárias das outras ex-colónias portuguesas em África (Machado e Perista, 1997).

Deste modo, tal como se tem salientado, para além de se verificarem fortes contrastes entre imigradas europeias e imigradas guineenses verificam-se, também, divergências ao nível de factores e de contextos dentro de cada comunidade.

No seio das mulheres guineenses existem, igualmente, algumas diferenças em termos de percursos migratórios. Enquanto que a maioria das imigrantes guineenses chegaram a Portugal no decurso da segunda metade dos anos 80 e durante os anos 90, tendo algumas vivido anteriormente e temporariamente noutros países para além do seu, as portuguesas de origem guineense chegaram, na sua maioria, antes de 1985, vindas directamente de Guiné-Bissau. Destas, cerca de um terço vivia em Portugal no decurso da segunda metade dos anos 70, e certamente algumas já o faziam antes da revolução de 1974 e do processo de descolonização. Tanto as primeiras como as segundas, na sua maioria, vieram sós, embora uma parte das imigrantes guineenses se tenham feito acompanhar dos seus filhos, enquanto que algumas portuguesas de origem guineense vieram, também, com os seus companheiros.

A idade no momento de chegada a Portugal também destingue os dois grupos: cerca de 60% das imigrantes guineenses chegaram com menos de tinta e cinco anos, enquanto que 70% das portuguesas de origem guineense apresentavam, à chegada, uma idade superior àquela (Machado e Perista, 1997).

As características referentes à inserção no mercado de trabalho constituem outro elemento de diferenciação entre as mulheres imigrantes de origem europeia e guineense.

No que concerne às *“immigrées européennes classiques”*, a maioria possui um nível elevado de estudos, embora não tenham uma actividade profissional remunerada, desde que se casaram ou que tiveram os filhos. Porém, aquelas que se mantêm em exercício profissional fazem-no por conta própria, individualmente ou em pequenas empresas de negócios. As *“immigrées européennes atypiques”* possuem, igualmente, um nível superior de estudos, integrando-se no mercado de trabalho português, quer como assalariadas quer como trabalhadoras independentes, exercendo predominantemente actividades ligadas ao ensino de línguas e de serviços de tradução. Segundo Machado e Perista (1997) um grande número destas mulheres são confrontadas com problemas de reconhecimento das suas qualificações, resignando-se a exercer actividades profissionais para as quais se encontram sub-qualificadas, situação que não lhes oferece estabilidade e qualidade de emprego. A mesma discrepância, entre o nível de estudos e a inserção profissional, é também verificada no meio da maioria das mulheres guineenses, apesar da sua taxa de participação no mercado de trabalho e da forma como se inserem profissionalmente serem distintas das mencionadas a propósito das imigrantes europeias.

As imigrantes guineenses têm, no seu conjunto, um nível superior de estudos relativamente às imigrantes dos outros países africanos, o mesmo acontecendo no sexo masculino. Machado e Perista (1997) referem que este fenómeno se deve ao facto dos imigrantes de Guiné-Bissau serem oriundos da pequena burguesia urbana, particularmente da região da capital onde se concentravam as classes sociais privilegiadas, tendo efectuado os seus cursos superiores no estrangeiro, exercendo profissões científicas e técnicas antes de emigrarem para Portugal. Para além disso, alguns desses portugueses de origem guineense vieram para Portugal, ainda jovens, realizar os seus estudos, factor particularmente importante do ponto de vista de inserção no mercado de trabalho. No entanto, existem algumas diferenças no nível de escolaridade entre as mulheres de nacionalidade guineense e as portuguesas de origem guineense. Relativamente

às primeiras, mais de 20% possuem um nível médio ou superior de estudos e perto de 70% possuem o nível secundário; relativamente às segundas, os dados são, respectivamente, de 30 e 50%.

Esta assimetria de habilitações académicas origina uma repartição profissional bem distinta entre estes dois subgrupos de mulheres imigrantes, registando-se diferenças significativas nas condições de trabalho e nos direitos sociais ligados ao emprego, nomeadamente no que respeita à carga horária semanal de trabalho e aos tipos de contrato e respectivos benefícios.

As portuguesas de origem guineense possuem uma profissão científica e técnica, particularmente no domínio da saúde e do ensino, valor estimado em cerca de 45%, e ocupam, também, empregos não qualificados no sector do comércio e dos serviços, em cerca de 30%.

As imigrantes guineenses trabalham, principalmente, no comércio (35%) ou no sector da indústria têxtil (30%). No caso das primeiras, mais de 50% possui um contrato por tempo indeterminado e 30% um contrato por tempo determinado. No caso das segundas, apenas perto de 10% têm contrato por tempo indeterminado, cerca de 50% um contrato por tempo determinado e 30% não possui, sequer, nenhum tipo de contrato. No entanto, é de salientar que a taxa de actividade é elevada em ambos os subgrupos, embora seja ligeiramente superior no caso das imigrantes guineenses (70%), sendo todavia o seu conjunto o que apresenta a taxa de desemprego mais acentuada (14% contra 6% do subgrupo das portuguesas guineenses).

A situação de desemprego é referida por Machado e Perista (1997) como sendo um dos pontos mais vulneráveis das imigrantes guineenses, quer no valor que representa quer na sua duração, pois habitualmente tem um carácter prolongado, fenómeno oposto aos seus homólogos do sexo masculino, onde a taxa de desemprego é inferior a 2%. Por oposição, no seio das portuguesas de origem guineense existe um grande número de "donas de casa" (16%) e de reformadas (8%), o que reflecte uma população mais sedentária, sem objectivos de emprego, o que se afasta do quadro da imigração com fins meramente de trabalho.

Continuando a análise no âmbito das mulheres imigrantes em Portugal, separando-as segundo os dois pontos principais de origem – Europa e África – pode afirmar-se que, no que respeita à situação familiar existem, também, algumas diferenças.

Tal como já foi anteriormente referido, as imigrantes europeias apresentam, de um modo geral, uma inserção familiar estável, do tipo nuclear – são mulheres casadas com dois ou três filhos em idade escolar. Contudo, as imigrantes europeias mais jovens, que chegaram a Portugal recentemente, por razões estritamente profissionais, não se enquadram nas características supra citadas. Estas mulheres vivem sós ou com outros compatriotas, sem grau de parentesco, ou vivem em união de facto com os seus companheiros.

A situação referente ao estado civil é também verificada nas duas categorias de mulheres imigrantes guineenses – mais de 40% das imigrantes vivem em união de facto, contra apenas 4% do grupo das que têm nacionalidade portuguesa. Entre estas prevalece o casamento civil ou religioso, embora apresentem um elevado número de divórcios ou separações. Por outro lado, a nacionalidade dos seus companheiros também é diferente – nas imigrantes guineenses os companheiros são quase na generalidade todos guineenses, nas portuguesas de origem guineense 30% têm companheiros portugueses ou cabo-verdianos (Machado e Perista, 1997).

No que se refere ao tipo de família, os mesmos autores apresentam, também, algumas diferenças. As imigrantes guineenses vivem, na sua maioria, com o seu companheiro, com ou sem filhos, e com outros adultos, que podem não ser familiares. As portuguesas de origem guineense apresentam uma estrutura familiar constituída por si, com ou sem filhos, e por outros adultos geralmente familiares. Independentemente da sua nacionalidade, estas mulheres (cerca de 60%) vivem em famílias compostas por mais de cinco pessoas. Deste modo, se se tiver em vista o conjunto destas mulheres imigrantes poder-se-á afirmar que apenas uma minoria (menos de 20%) se insere no tipo “clássico” de família (casal com os seus filhos), que predomina nos países ocidentais.

No que diz respeito ao número de filhos, observa-se que o seu número médio é mais elevado no caso das portuguesas de origem guineense – a maioria tem um ou dois filhos, mas mais de 30% destas mulheres têm quatro ou mais filhos. As mulheres imigrantes guineenses têm, habitualmente, um ou dois filhos, nascidos já em Portugal, situação que é rara no outro grupo devido à trajectória e à idade que possuíam no momento da migração. Embora nas duas categorias de imigrantes se verifique que os filhos vivem com as suas mães, no grupo das imigrantes guineenses o número de crianças que vive no país de origem materna é de alguma forma representativo.

O contexto familiar traduz um importante aspecto no âmbito das comunidades imigrantes, pois constitui um suporte afectivo e material, funda-

mental para a sobrevivência dos indivíduos que vivem no estrangeiro. Para além deste aspecto, outro não menos importante é o que se relaciona com o contacto que estes indivíduos mantêm com o seu país de origem, reforçando os laços afectivos com os mesmos.

Neste campo, Machado e Perista (1997) afirmam que estes contactos são particularmente intensos no seio das imigrantes oriundas da UE, através de deslocações periódicas aos países de origem, com a vinda dos seus familiares a Portugal, por correspondência ou por contactos telefónicos e, também, através dos meios de comunicação social, muitas vezes na sua própria língua (jornais, revistas e televisão). A ligação e participação em associações ligadas ao país de origem é igualmente bastante frequente, sobretudo no grupo das *“immigrées européennes classiques”* mais velhas.

No grupo das imigrantes guineenses, as que detêm a nacionalidade portuguesa são as que mais se deslocam a Guiné-Bissau. Mais de metade foram duas ou três vezes ao seu país de origem, registando-se apenas 30% as que nunca lá foram. No caso das imigrantes guineenses, cerca de $\frac{2}{3}$ nunca voltaram ao seu país após a sua chegada a Portugal. A desigualdade verificada no número de visitas à sua “terra natal” pode ser entendida como resultado das primeiras mulheres estarem há mais tempo a residir em Portugal e, também, por possuírem uma situação socioeconómica que lhes permite realizar estas viagens.

Relativamente à participação em associações, pode referir-se que a sua adesão é, no geral, reduzida sendo ligeiramente inferior no grupo das imigrantes guineenses (15% contra 22% do grupo das de nacionalidade portuguesa). Esta realidade parece estar ligada ao que Machado e Perista (1997) afirmam ser uma atitude geral dos guineenses, pois até há poucos anos o seu Governo não parecia interessado em estabelecer contacto com este tipo de associações, mostrando-se até hostil frente aos movimentos associativos dos seus emigrados em Portugal.

Outro aspecto importante na relação com o país de origem, referido pelos mesmos autores, é o que se prende com o envio de dinheiro para os familiares que aí permanecem. Neste domínio, não foram encontradas diferenças significativas relativamente à categoria de imigrantes guineenses, uma vez que ambos os grupos dizem enviar dinheiro *“chaque fois que cela est possible”*. Todavia, cerca de $\frac{1}{3}$ destas mulheres nunca mandou dinheiro para o seu país de origem, fenómeno que segundo Machado e Perista (1997) é menos frequente no grupo dos homens.

As discrepâncias relativas às características socioeconómicas, profissionais e familiares, que distinguem as várias categorias das mulheres imigrantes em Portugal, condicionam experiências divergentes que, por sua vez, determinam perspectivas diferentes, relativas à sua situação de imigrantes. Segundo referem Machado e Perista (1997) a experiência migratória das mulheres europeias é objecto de uma avaliação positiva. No grupo das *“immigrées européennes classiques”* a perspectiva geral é de uma permanência definitiva em Portugal, ou pelo menos prolongada, por serem casadas com portugueses ou encontrarem-se dependentes do percurso profissional dos seus maridos, também eles estrangeiros. Neste último caso, estas mulheres poderão ter que imigrar para outro país, decorrente de mudanças a nível das empresas dos seus cônjuges. Relativamente às outras imigrantes europeias, as *“immigrées européennes atypiques”*, não se revelam tão satisfeitas quanto as primeiras, particularmente no que se refere às condições de vida e de trabalho, embora registem igualmente uma avaliação favorável da sua estadia em Portugal. Nelas predomina a ideia de uma permanência temporária, embora a sua finalidade a curto prazo não seja o de voltar ao seu país de origem, fazendo depender a sua decisão da evolução do mercado de trabalho português e das oportunidades de trabalho que se lhes apresentem.

Segundo os autores supra citados as imigrantes guineenses de origem portuguesa dizem gostar de viver em Portugal e estão satisfeitas, na sua maioria, com as condições de vida, manifestando o desejo de permanecerem no país. Apenas 35% das imigrantes guineenses partilham desta opinião, referindo as restantes que o nível das suas vidas se agravou ou se mantém idêntico ao que tinham nos seus países de origem, mostrando vontade de regressarem um dia.

CAPÍTULO III – O VIH E A SÍNDROMA DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

“A SIDA é uma questão de todos, que exige uma resposta de todos. Responde-se à SIDA com prevenção e responsabilidade. Com solidariedade e urgência.”
(M. J. Rita, 2002)³⁴

“A informação objectiva, isenta, não discriminatória e sem avaliações moralistas é um dos vectores essenciais da Prevenção, associada à disponibilidade e fácil acesso aos meios de prevenção e redução de riscos e a um ambiente social favorável.”
(P. S. Marques, 2002)³⁵

Duas décadas após a descoberta da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), este é considerado como uma das principais catástrofes da humanidade a par da violência, da toxicod dependência e da fome. Estima-se que haja, a nível mundial, 40 milhões de pessoas infectadas. A pandemia apresenta hoje padrões epidemiológicos diferentes dos iniciais, afectando os grupos mais vulneráveis da sociedade: jovens de ambos os sexos, mulheres e crianças, sobretudo nas zonas em que a incidência da infecção é maior, nomeadamente na África e Ásia.

Além dos aspectos médicos com que se apresenta a doença ao longo do seu curso é, também, importante salientar as implicações económicas, psicossociais, éticas e jurídicas relacionadas com uma doença infecciosa de evolução potencialmente fatal, cujos mecanismos de contágio estão dependentes de comportamentos humanos.

É fundamental conhecer e compreender os aspectos psicológicos, sociais e culturais que determinam esses comportamentos, de modo a poder intervir sobre os factores que conduzem à sua evolução.

A transmissão sexual é, hoje, a principal forma de contágio, independentemente da orientação sexual – homo ou heterossexual – condicionada por factores demográficos, sociais, culturais, religiosos e psicológicos, entre outros. A interacção destas múltiplas facetas permite a constituição de redes humanas onde a epidemia se desenvolve de modo fácil e rápido,

34. Mensagem *in* Abraço, 6 (3), p. 1.

35. Mensagem *in* Abraço, 6 (3), p. 1.

mecanismo que levou à sua difusão a regiões circundantes das áreas urbanas. Outro aspecto relevante é a relação do risco de transmissão do vírus no seio de uma população de acordo com o tempo, desenvolvendo-se de modo proporcional com o crescente aumento do número de portadores.

A transmissão do VIH por via sanguínea está limitado à toxicodependência, uma vez que o risco de transmissão através de transfusões de sangue e seus derivados está praticamente controlado pelo rastreio sistemático e obrigatório das dádivas de sangue e tratamento dos produtos seus derivados, a partir de 1995.

A transmissão materna é outro mecanismo de contágio da doença que merece reflexão e análise pelas múltiplas consequências que acarreta na criança, quer pela própria transmissão, quer pelo problema social que constituem os filhos saudáveis de pais com doença, acabando por ficarem órfãos precocemente, por morte prematura de seus progenitores.

Nos últimos anos muito se tem feito na área da prevenção. Campanhas orientadas para modificar o comportamento humano e social demonstraram ser possível a obtenção de resultados, essencialmente em algumas modificações na conduta sexual e abuso de drogas, aspectos mais implicados na transmissão do VIH. Contudo, muito há ainda para fazer, principalmente no que concerne à capacidade de adequar as mensagens à população alvo, tendo em conta o contexto sociocultural em que vivem os indivíduos mais vulneráveis ao VIH, fazendo aumentar a consciência dessa vulnerabilidade e capacitando-os para se tornarem agentes da sua própria saúde.

No que diz respeito à terapêutica farmacológica, apesar dos notáveis avanços conseguidos, ela não é ainda acessível à generalidade das populações atingidas, e a existência de uma vacina está longe de tornar a SIDA uma doença evitável.³⁶

Na realidade, e como afirma Lavinha (2001: 5) "*a prevenção dos comportamentos de risco é a actual vacina contra a SIDA*".

36. Conclusões da Conferência, que decorreu recentemente em Inglaterra, intitulada "A revolução genómica: reformular o desenvolvimento e a distribuição de vacinas" referem que "*os mais sérios bloqueios ao desenvolvimento de uma vacina e à sua experimentação devem-se, por um lado, à capacidade limitada da pesquisa virológica por parte dos países desenvolvidos, e por outro, à falta de vontade política para deixar de encarar o VIH/SIDA como uma questão humanitária e passar a encará-lo como uma ameaça global de segurança*" (Informação SIDA e outras doenças infecciosas, 7 (44), 2004, p. 26).

No presente capítulo pretende-se fazer uma abordagem sobre o VIH e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Após uma breve história da doença, abordam-se algumas questões clínicas, como o diagnóstico, a sintomatologia e o tratamento, bem como questões ligadas às representações sociais da SIDA. Por último, apresentam-se estimativas do número de pessoas infectadas pelo VIH/SIDA a nível mundial e nacional.

3.1. BREVE HISTÓRIA DA DOENÇA

SIDA é uma nova síndrome reconhecido pela primeira vez em 1981³⁷, pelo *Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta (CDC), cuja descrição inicial ocorreu em jovens homossexuais do sexo masculino. Esta nova entidade clínica surge com um número imensuravelmente alto de doenças, como o sarcoma de *Kaposi* e a pneumonia por *Pneumocystis*, em jovens anteriormente saudáveis. Até esse momento estas infecções estavam ligadas a grupos bem definidos, como homens idosos de origem mediterrânea no caso do sarcoma de *Kaposi* e a doentes com cancro com factor de imunodepressão grave, no caso da pneumonia por *Pneumocystis*.

O facto de se constatar que a maioria dos primeiros casos desta síndrome recém definida era de homens homossexuais levou a que se correlacionasse esta doença ao estilo de vida desta população. No entanto, em pouco tempo foram também descritos casos de SIDA noutras populações, como os toxicodependentes e os hemofílicos, associando-se a sua existência à utilização de agulhas contaminadas com sangue dos usuários anteriores e à exposição dos factores de coagulação, obtidos a partir de sangue.

Mais tarde, porque alguns indivíduos com SIDA clínica não se enquadravam em nenhum destes grupos, foi atribuído como novo factor de risco de transmissão as transfusões sanguíneas (De Vita *et al.*, 1991; Grmek, 1994).

O aparecimento desta nova e devastadora doença levou a que vários investigadores tentassem descobrir a sua etiologia e, consequentemente, a sua cura ou prevenção com a existência de uma vacina.³⁸

37. Tendo em conta que uma das características fundamentais da doença é o seu longo período de incubação, milhares de pessoas podem ter sido infectadas antes da descrição dos primeiros casos de SIDA.

38. De Vita *et al.* (1991) relata vários estudos efectuados na tentativa de encontrar a causa da SIDA.

O primeiro retrovírus humano identificado como estando associado a taxas elevadas de anticorpos em hemofílicos e em pessoas que doaram sangue para doentes cirúrgicos, que após transfusão de sangue apresentaram SIDA, foi o HTLV, mais tarde designado por VIH 1.

Tratando-se de um vírus inexistente até esse momento na população ocidental, ligou-se o seu aparecimento à transmissão através da população africana (na qual a SIDA passara despercebida) ou a partir de um reservatório animal.³⁹ A origem geográfica do VIH 1 parece encontrar-se ligada à África Central, pois vários estudos retrospectivos evidenciaram a existência deste síndrome já em meados da década de 70, tendo sido detectada a presença desse vírus em amostras de sangue colhidas naquela época.⁴⁰

Entretanto, vários estudos realizados com prostitutas da África Ocidental e com africanos ocidentais levaram à descoberta de um novo retrovírus humano associado à SIDA, denominado VIH 2, cuja característica fundamental é a de incluir, no seu ciclo biológico, o fenómeno de transcrição reversa, mediante a acção de uma enzima existente no vírus, a transcriptase reversa.

Este vírus parece ser menos infeccioso pois a probabilidade de desenvolvimento de doença na infecção por VIH 2 é substancialmente inferior à do VIH 1 (De Vita *et al.*, 1991).⁴¹

Embora ambos os vírus infectem as mesmas células alvo, através do mesmo receptor CD4+, eles diferem no peso molecular das suas proteínas e têm diferenças nos seus genes acessórios, o que pode estar associado à diferente capacidade de causarem doença.

O facto do VIH 2 e o SIV (vírus da imunodeficiência dos símios, cuja doença era semelhante à SIDA) diferirem de forma semelhante em relação ao VIH 1 e assemelharem-se entre si quanto à organização genômica, faz

39. A transmissão dos retrovírus, dos macacos ao homem, não está, ainda, totalmente clarificada, julgando-se, no entanto, que possa estar ligada a cerimónias rituais, em certas tribos da África Central, em que se inoculava sangue de macaco ao homem (De Vita *et al.*, 1991; Grmerk, 1994).

40. Vários estudos serológicos mostraram elevadas taxas de anticorpos reactivos contra o VIH 1 em amostras colhidas em africanos (De Vita *et al.*, 1991).

41. Segundo De Vita *et al.* (1991: 27) "a evidência de um segundo grupo de retrovírus causadores de imunodeficiência humana surgiu da comunicação de Barin e seus colaboradores referente a populações humanas que, como os macacos verdes selvagens, apresentavam anticorpos que reagiam mais fortemente com um vírus da imunodeficiência do símio do que com o VIH 1".

acreditar que ambos evoluíram de um ancestral comum, o qual por sua vez possuía origens comuns com o VIH 1 (De Vita *et al.*, 1991).

Em conclusão, poder-se-á afirmar que parece pouco provável que o SIV em macacos verdes africanos fosse o precursor imediato do VIH 1, mas é muito provável que desse origem ao VIH 2. Uma hipótese mais lógica seria a de que o VIH 1 se transferiu para o homem a partir de outra espécie, ainda não identificada. A identificação deste vírus progenitor seria importante para esclarecer a etiologia do VIH, compreendendo os seus mecanismos de acção e, conseqüentemente, poder controlá-los (De Vita *et al.*, 1991).

3.2. CARACTERIZAÇÃO DA SIDA

A descoberta do VIH como agente etiológico da SIDA, três anos após a descrição do novo síndrome, foi uma notável conquista científica.

Como os demais retrovírus, o VIH 1 é um Ácido Ribonucleico (RNA) vírus, cujas partículas virais são constituídas de uma única fita com cerca de 100nm de diâmetro. As suas características estruturais dificilmente se distinguem de outros lentovírus⁴², como o visna⁴³, sendo no entanto bastante diferente de outros retrovírus humanos tipo C (De Vita *et al.*, 1991; Minkoff, 2004).

As doenças provocadas pelos retrovírus caracterizam-se por limitada expressão do gene virótico e pela lactência e persistência do vírus face ao comportamento imune do hospedeiro. As características do ciclo de vida dos retrovírus contribuem para a persistência dos seus efeitos, dando um carácter permanente à doença.

Facto característico da infecção pelo VIH 1 é a sua alta capacidade citopática para os linfócitos T4⁴⁴ (linfócitos auxiliar/indutor portadores da CD4+) e para a linhagem de células linfóides, sendo progressiva a sua depleção. Esta acção resulta do tropismo selectivo do VIH 1 por essas células, baseado na afinidade da proteína gp120 do envelope do vírus pela molécula CD4+, traduzindo-se na existência de imunodeficiência, infecções

42. Lentovírus – subfamília dos retrovírus, assim denominados pela evolução lenta do desenvolvimento da doença que causam. O VIH 1 e o VIH 2 são os únicos lentovírus conhecidos que infectam o Homem (Minkoff, 2004).

43. O visna é o lentovírus característico causador de doenças naturais nos carneiros.

44. Existem diferentes tipos de células T, que se distinguem pelas moléculas específicas existentes na sua superfície, designados por CD (Grupo de Diferenciação).

secundárias e neoplasias⁴⁵ (De Vita *et al.*, 1991; Arroz, 2003; Minkoff, 2004; Pastorex, 2004).

As células CD4+ têm a função muito específica de activarem certos “alarmes” sempre que seja detectado no organismo a presença de um microorganismo, activando as células CD8+, que ajudarão no combate às células infectadas, produzindo substâncias anti-víricas. Se não existirem células CD4+, ou se estas não forem competentes, então as células CD8+ não serão activadas, fazendo com que o sistema imunitário não tenha condições para combater eficazmente as doenças. Este é o mecanismo que acontece numa infecção pelo VIH – os CD4 são destruídos (pelo VIH) deixando o sistema imunitário desorganizado (Arroz, 2003).

O Ácido Desoxorribonucleico (DNA), replicado a partir do genoma do VIH, integra-se nos cromossomas da célula hospedeira após a infecção e a expressão do genoma virótico é sub-regulada⁴⁶, verificando-se um intervalo de cerca de três meses para se detectar anticorpos anti-VIH no plasma do indivíduo e de cinco anos entre a infecção e o desenvolvimento clínico da SIDA (De Vita *et al.*, 1991; Minkoff, 2004).

As células infectadas pelo VIH desempenham um importante papel no desenvolvimento da doença ao determinar os níveis e os padrões da expressão virótica. Os monócitos (outras células que expressam a molécula T4 – CD4+) e macrófagos abrigam *in vivo* o VIH 1 durante a infecção natural, mostrando-se, contudo, resistentes aos efeitos citopáticos do VIH.⁴⁷

As pesquisas de Fisher e Wong-Staal (*in* De Vita *et al.*, 1991: 21), concluíram que o genoma do VIH 1 contém todas as informações necessárias à geração de um vírus infeccioso, capaz de se replicar e com intensa actividade citopática, selectiva para as células CD4+, levando-as à sua destruição.

Uma das mais notáveis propriedades do genoma do VIH 1 é a sua ampla diversidade, importante para os vários aspectos da biologia do vírus, entre eles a especificidade tecidual e celular, o quadro clínico-patológico da

45. A fixação do VIH às células CD4+ envolve a formação de um complexo entre a molécula CD4+ e a gp120 (glicoproteína externa que compõe a partícula viral), em que a imunodepressão de uma delas acarreta a precipitação da outra.

46. O mesmo processo se verifica na infecção pelo Visna.

47. Os monócitos e os macrófagos parecem constituir as principais células infectadas encontradas no SNC dos doentes com SIDA. Pensa-se que o vírus possa penetrar no cérebro pelos monócitos infectados estimulando a libertação de monocinas, enzimas ou outros factores tóxicos para os neurónios, ou levando à infiltração do cérebro por células inflamatórias (De Vita *et al.*, 1991).

doença, a distribuição geográfica e temporal do vírus, a sua diferente susceptibilidade à resposta imune, a sua virulência e, especialmente, o desenvolvimento de uma vacina eficaz.

3.2.1. Diagnóstico da Infecção

Existem quatro meios de diagnóstico de infecção pelo VIH: isolar o vírus cultivando-o em células ou em líquido corporal (assinalando-se o alto teor de transcriptase reversa e proteínas do VIH nas células-alvo susceptíveis); identificar as sequências de ácidos nucleicos específicas do VIH, em material celular; identificar os antigénios específicos do VIH no soro ou em outros líquidos orgânicos; identificar os anticorpos VIH no soro ou noutros líquidos (De Vita *et al.*, 1991).

A maioria dos estudos epidemiológicos é baseada na detecção de anticorpos anti-VIH, habitualmente pelo método ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*). O uso da positividade do anticorpo para definir a infecção pelo VIH parece estar bem consubstanciada pela verificação do isolamento do vírus dos indivíduos anticorpo-positivos, sabendo-se que os retrovírus se incorporam como o ADN proviral no genoma da célula hospedeira (De Vita *et al.*, 1991; Grmek, 1994; Pastorex, 2004).

Nas crianças, a presença de anticorpos para o VIH constitui um caso específico, pois a maioria nasceu com anticorpos passivamente adquiridos das progenitoras infectadas pelos vírus.

Nos primeiros meses de vida e em algumas crianças até aos 15 meses de idade, os métodos de pesquisa existente (ELISA e *Western Blot*) não podem definir com rigor a existência de infecção pelo VIH, a não ser que se prove que os anticorpos estão a aumentar ou que se encontrem novas especificidades anti-VIH (quando o *Western Blotting* é realizado em série). Como os anticorpos IgM não se transferem da mãe para o feto, a sua presença no filho terá um valor preditivo de infecção activa pelo VIH.⁴⁸

Os sinais de activação da doença incluem o aparecimento de infecções concomitantes, ditas oportunistas, por outros vírus como o de *Epstein-Barr*, HTLV-1, Citomegalovírus, da Hepatite B, do Herpes Simples e ainda outros sinais inerentes à resposta imune.

48. O mesmo acontece com a Rubéola Neonatal, cuja determinação é feita através da IgM contra a rubéola.

A pneumonia por *Pneumocystis carinii*, identificada histologicamente ou por cultura, e o sarcoma de *Kaposi* definem a maioria dos casos de SIDA, seja qual for o estado do VIH. O linfoma primário do cérebro, a hiperplasia linfóide do pulmão e a pneumonia linfóide intersticial da criança também foram incluídos na caracterização de SIDA em doentes com evidências serológicas de infecção pelo VIH, associadas a uma ou mais condições de imunodeficiência, entre as quais se incluem o linfoma não *Hodgkin* de células B, o complexo demencial por VIH, o síndrome de caquexia por VIH, a tuberculose e as infecções bacterianas, capazes de pôr em risco a vida dos doentes (De Vita *et al.*, 1991; Grmek, 1994).

Considerando que os recursos laboratoriais de alguns países não têm capacidade para o diagnóstico das várias infecções oportunistas, a OMS estabeleceu critérios de diagnóstico baseados em sinais e sintomas dos doentes. Associados ao sarcoma de *Kaposi* ou à Meningite Criptocócica deverá existir a combinação de pelo menos dois sinais major – perda de peso superior a 10% do peso corporal, diarreia crónica prolongada por mais de um mês, febre constante ou intermitente prolongada por mais de um mês – e pelo menos um sinal minor – tosse persistente por mais de um mês, linfadenopatia generalizada⁴⁹, dermatite pruriginosa generalizada, história de herpes zoster nos cinco anos anteriores, candidíase orofaríngea, herpes simples progressivo crónico e disseminado (De Vita *et al.*, 1991; Grmek, 1994).

O aumento ganglionar generalizado e persistente, denominado Linfadenopatia Persistente Generalizada (LGP), está associado à seropositividade para o VIH, pode surgir numa fase inicial da infecção pelo VIH ou anos mais tarde, decorrente da imunodepressão.

O complexo relacionado à SIDA (ARC ou *AIDS-Related Complex*) é uma condição heterogénea com disfunções variáveis, incluindo os que têm pelo menos duas condições clínicas relacionadas com a SIDA associada a uma ou mais alterações laboratoriais (linfopenia T4, relação invertida T4:T8).

3.2.2. Da Fase Assintomática à Fase Sintomática

O CDC descreveu um sistema de classificação para fins epidemiológicos da evolução do VIH, dividindo-o por grupos, que se passam a descrever de forma sucinta.

49. Os sinais de tosse prolongada e de linfadenopatia generalizada não são considerados em doentes com tuberculose comprovada.

O **Grupo I** é o período de seroconversão para o VIH, cujo quadro clínico é variado, podendo-se revelar por um conjunto de sintomas inespecíficos, como a rinorreia, febre, perturbações gastro-intestinais, linfadenomegalias e exantema maculo-eritematoso. Podem, ainda, ocorrer algumas manifestações neurológicas, como cefaleias, quadro de encefalopatia (com confusão mental, convulsões e incontinência de esfíncteres, entre outros sintomas) e mielopatia.

O período de incubação, também designado por “janela de conversão”, ou seja o intervalo de tempo que decorre entre o momento do contágio e a detecção de anticorpos específicos anti-VIH, pode variar entre alguns dias a alguns meses, sendo habitualmente mais longo quando a transmissão se processa por via sexual e mais curto quando a via de transmissão é parentérica.⁵⁰

As técnicas utilizadas, habitualmente, para a determinação dos anticorpos anti-VIH são a imunofluorescência indirecta, o método ELISA e o *Western Blotting*, sendo a primeira a mais sensível.

O **Grupo II** reporta-se aos indivíduos assintomáticos, com presença de anticorpos anti-VIH, mas que podem não apresentar, ainda, anomalias de ordem imunológica.

No **Grupo III** incluem-se os indivíduos com um quadro de linfadenopatia generalizada⁵¹, caracterizado pelo aparecimento de cadeias ganglionares superficiais, extra-inguinais, persistindo por mais de três meses, sem a evidência de outra doença que justifique o quadro, e que pode ser acompanhado por cansaço, letargia, sudorese, mialgias e artralgias.

O **Grupo IV** é caracterizado pela fase sintomática, resultante do estadio terminal da infecção crónica pelo VIH, vulgarmente denominada de Complexo Relacionado com a SIDA (ARC), sendo subdividido em cinco grupos – A, B, C, D e E.

No **subgrupo A** são considerados os sintomas do Grupo III associados ao aparecimento de diarreia persistente, temperatura superior a 38.º, durante mais de um mês, ou perda de peso superior a 10% do peso corporal.

50. Esta diferença no início do aparecimento dos sintomas parece estar relacionada com o volume de vírus inoculado.

51. Este Grupo pode, também, ser designado por linfadenopatia generalizada persistente (LGP).

No **subgrupo B** são englobadas as manifestações do foro neurológico, como a neuropatia e a mielopatia, associadas, ou não, a alterações cognitivas e motoras, perdas de memória e alterações de personalidade. Em alguns casos pode existir demência e perda de consciência, quadro que se designa por encefalopatia pelo VIH, a qual se inclui nos critérios de diagnóstico de SIDA.

O **subgrupo C** engloba uma série de infecções (vulgarmente designadas por infecções oportunistas) resultantes da imunodeficiência secundária à infecção pelo VIH, que são divididas, por sua vez, em duas categorias (C1 e C2) segundo o agente patogénico que as constituem. A pneumonia por *Pneumocystis carinii*, a toxoplasmose cerebral, a candidíase esofágica ou broncopulmonar, a toxoplasmose cerebral, a infecção disseminada por Citomagalovírus ou pelo Herpes Simplex, a tricoleucoplasia da língua, as septicémias bacterianas recorrentes e a tuberculose pulmonar⁵², são o exemplo de algumas dessas infecções oportunistas.

O **subgrupo D** engloba as doenças malignas, como o sarcoma de *Kaposi*, os linfomas não *Hodgkin* do tipo B e o linfoma primitivo do cérebro, também elas decisivas para a definição de SIDA.

O **subgrupo E** cobre todas as situações não contempladas nos restantes grupos, como é o caso da pneumonia intersticial crónica, o linfoma *Hodgkin* e outros carcinomas.

O período que ocorre entre o momento da infecção pelo VIH e a progressão para a SIDA tem aumentado ao longo dos tempos, decorrente, sobretudo, dos avanços efectuados na terapêutica anti-retrovírica e à profilaxia das infecções oportunistas. Pensa-se, contudo, que outros factores podem condicionar a evolução da doença, tais como as variações biológicas do VIH – a taxa de multiplicação, a capacidade de induzir a formação de sincícios e o citotropismo – a susceptibilidade genética do hospedeiro e factores adicionais à imunodepressão, como o uso de opiáceos e a infecção por estirpes diferentes do VIH, resultante da permanente variação antigénica do vírus.

52. Só em 1992, a tuberculose pulmonar foi aceite, pelo CDC, como doença indicadora de SIDA, em conjunto com a pneumonia recorrente no espaço de doze meses e o cancro invasivo do colo uterino, inclusão importante em países como Portugal, em que a tuberculose é a infecção oportunista mais frequentemente associada à SIDA.

3.2.3. Tratamento

Diariamente, no corpo humano replicam-se milhares de vírus e de genes que, em cada célula, fazem cópias de si próprios. A questão que se coloca no caso do VIH é a sua replicação nas células do sistema imunitário, entre outras. Se estas células desaparecerem, o sistema imunitário – conjunto de mecanismos que defende os indivíduos das agressões exteriores, nomeadamente das infecções por vírus, bactérias, fungos, parasitas, ou ainda de substâncias estranhas e das próprias células que degeneram, como acontece no cancro – deixa de conseguir evitar o aparecimento de outras doenças, como linfomas, tuberculose, sarcoma de *Kaposi*, pneumonias.

Desde a descoberta da *Zidovudine*, vulgarmente designada por AZT, e o início da sua utilização, em 1987, já foi feito um longo percurso no domínio da terapêutica anti-retroviral, com a simplificação de esquemas terapêuticos e a descoberta de novas moléculas, persistindo, no entanto, limitações significativas no tratamento do VIH.

Reconhecida, por um lado, a impossibilidade da terapêutica erradicar o VIH e, por outro, a necessidade de reduzir ao mínimo possível a replicação viral para defesa e melhoria do sistema imunitário, é hoje consensual que o principal objectivo de qualquer terapêutica anti-retroviral deve ser a máxima supressão possível da réplica viral.⁵³ Deste modo, os medicamentos anti-VIH ajudam a travar a produção de novas células VIH, a partir de células infectadas com esses vírus, bem como a infecção de novas células (não destruindo, contudo, as células infectadas com o vírus) travando, deste modo, a destruição das células do sistema imunitário da pessoa infectada.

Tal como já foi referido, o VIH destrói preferencialmente parte ou a totalidade das células CD4+. ⁵⁴ O tratamento anti-VIH tem a capacidade de fazer subir, regra geral, o número dessas células. A produção de novas células CD4+ é feita pelas CD4+ remanescentes que fazem réplicas de si próprias, processo designado como expansão periférica, (Houyez, 1998; Minikoff, 2004; Pastorex, 2004).

53. A carga viral é o melhor indicador existente da capacidade de replicação do VIH. Os seus testes medem a quantidade do VIH no sangue. Diz-se que a carga viral é indetectável se for abaixo das 50 cópias/ml.

54. As pessoas não contaminadas pelo VIH têm entre 400 a 1200 células CD4+ no sangue. A sua contagem mede o estado do sistema imunitário do Homem.

As orientações acerca do tratamento contra o VIH têm sofrido várias modificações, tentando adaptar-se às constantes alterações da própria doença, no que concerne à virulência, às complicações e às resistências.

As mais recentes *guidelines* propõem o início do tratamento a todas as pessoas infectadas pelo VIH que apresentam sintomas, quando a contagem das células CD4+ se encontrar a baixo das 350 células/mm³ ou quando a carga viral exceder 55.000 cópias/ml. Nas pessoas assintomáticas, o início do tratamento requer uma análise dos riscos e dos benefícios reais e potenciais. No entanto, parece existirem razões para se considerar o início precoce do tratamento nas pessoas recém infectadas com o VIH, pois existem estudos que mostram que pessoas seropositivas que iniciaram a medicação anti-retrovírica no período de infecção aguda, mantiveram uma resposta imunitária específica ao VIH que lhes permitiu interromper os tratamentos durante longos períodos de tempo, o que normalmente não acontece nas pessoas seropositivas que não foram tratadas numa fase precoce (Teófilo, 1998; Santos, 2003).

As novas directivas recomendam, ainda, uma terapêutica de combinação⁵⁵, mas a escolha dos medicamentos – entre os nucleósidos, não-nucleósidos ou inibidores de protease – bem como se é tripla ou quádrupla depende da carga viral e da evolução da contagem das células CD4+, de cada indivíduo seropositivo.

Na terapêutica anti-retroviral altamente eficaz ou HAART (*Highly Active Anti-Retroviral Therapy*) iniciada em 1996, os medicamentos funcionam de diversas formas e em diversos estadios do ciclo de vida do VIH, independentemente da sua via de transmissão, do género e da idade do doente. Contudo, existem estudos que parecem mostrar existir algumas diferenças na infecção pelo VIH entre homens e mulheres – com a mesma contagem de CD4+ as mulheres podem ter uma carga viral mais baixa que os homens, mas correm um risco maior de adoecer do que eles, factor que pode levar ao início do tratamento mais precoce no sexo feminino (Santos, 2003).

É de salientar que os tratamentos não resultam da mesma maneira para todas as pessoas, situação para a qual contribuem vários factores: a pessoa seropositiva pode já ser resistente a um ou mais medicamentos da combinação; a adesão pode estar comprometida, por diversas razões; um

55. Terapêutica de combinação é o termo que indica a utilização de três ou mais medicamentos para o tratamento do VIH, também denominada por HAART (*Highly Active Anti-Retroviral Therapy*) ou Terapêutica anti-retroviral altamente eficaz.

ou mais medicamentos podem não ser adequadamente absorvidos (existem variações nos níveis de absorção nas diferentes pessoas); a combinação pode não ser suficientemente potente.

É, assim, essencial que se escolha uma combinação adequada a cada pessoa e que se adapte ao seu estilo de vida. A primeira combinação terapêutica anti-retrovírica é a mais importante. Dela dependem não só o êxito do tratamento a curto prazo (obtenção de uma carga viral indetectável ou o mais baixa possível), mas também o tempo que é possível permanecer nesse estado, o que está directamente ligado às resistências criadas aos medicamentos. Para além disso, *“as taxas de sucesso com a segunda ou a terceira combinação terapêutica são normalmente mais baixas do que as que se obtêm quando se começa os tratamentos pela primeira vez”* (Santos, 2003: 6).

A adesão ao tratamento durante as primeiras semanas é uma prioridade para a recuperação do doente, de forma a evitar a resistência a um ou mais medicamentos, o que reduz as suas vantagens no futuro.⁵⁶

As resistências aos medicamentos anti-VIH ocorrem quando a estrutura do vírus sofre ligeiras alterações, denominadas mutações, fazendo com que esses medicamentos deixem de ser eficazes na luta contra o VIH e aumente a carga viral.

Vários estudos têm sido feitos relativamente aos efeitos da adesão no sucesso do tratamento, demonstrando que *“mesmo com 95% de adesão – o que corresponde ao atraso ou esquecimento de apenas uma toma em cada vinte – apenas 81% das pessoas atingiram níveis de carga viral indetectável”* (Santos, 2003: 10).

No que se refere, ainda, ao processo de adesão à terapêutica anti-retroviral (TARV) existem estudos que evidenciam uma maior percentagem de desistência para o sexo feminino (25% de mulheres desistentes para 15,8% de homens) o que parece estar associado à *“percepção que estas mulheres têm de um bem estar reduzido e de um apoio social mais deficitário, comparativamente com o apoio prestado à população masculina seropositiva”* (Dias, 2003: 3).

A fragilidade feminina e a maior dificuldade das portadoras associadas à sua condição de género, na medida em que os aspectos estéticos são,

56. A adesão é um termo que descreve o facto dos medicamentos serem tomados exactamente segundo as regras de administração, sobretudo no que diz respeito aos horários e restrições dietéticas.

ainda hoje, estereótipos sociais que marcam a “*ditadura do corpo perfeito*”, são razões apontadas para a má adesão das mulheres à TARV (Dias, 2003: 3).

O estudo de Tunala e colaboradores (2001) realizado com mulheres seropositivas revela que o que mais as incomodava era o facto de os outros poderem percepcionar a sua condição de seropositiva através das modificações da sua imagem corporal. Este receio leva a que as mulheres procedam a uma reestruturação da auto-imagem de Mulher, construindo uma nova identidade social desde o primeiro momento do diagnóstico, atitude que o mesmo autor considera determinante para a reaprendizagem do Feminino.

O problema da adesão à terapêutica e a sua possível resolução passa, também, pela comunicação adequada e um bom relacionamento dos profissionais de saúde com os portadores do VIH. Tunala e colaboradores (2001: 5) defendem que “*a adesão ao coquetel deve ser uma co-construção entre profissionais e pacientes*”, pelo que uma comunicação adequada e um bom relacionamento entre estas duas partes pode ter uma influência forte no processo da adesão à TARV. É necessário que os profissionais de saúde conheçam o modo de vida dos doentes – hábitos alimentares, de sono, situação de trabalho, crenças sobre saúde, frequências de viagens – para lhes indicar o regime mais adequado da administração da terapêutica. Dar oportunidade a que as pessoas seropositivas falem sobre as dificuldades, inerentes à toma da medicação, fornece-lhes o encorajamento necessário à adesão a um correcto tratamento. O esclarecimento sobre os benefícios daquela medicação para a sua saúde e sobre a necessidade do cumprimento dos horários pode ser um factor facilitador para uma correcta administração.

Tunala e colaboradores (2001) revelam resultados de alguns estudos sobre a adesão da TARV nas mulheres seropositivas que indicam que a idade mais avançada, o conhecimento sobre os CD4+, a facilidade em comunicar com o médico e a participação em grupos de apoio são condições facilitadoras para uma forte adesão à terapêutica.

A correcta identificação dos medicamentos, a adesão e o cumprimento rigoroso dos horários e as formas de administração são condições essenciais para que sejam alcançados os objectivos escolhidos para uma determinada terapêutica anti-retroviral.

O significativo aumento do número de medicamentos anti-retrovíricos disponíveis, a diversidade das condições e horários de toma de cada uma

deles, aliados à complexidade dos regimes terapêuticos combinados e às interações entre os vários medicamentos mostram quanto é complexo o tratamento do doente seropositivo.

É, assim, importante que a terapêutica seja instituída tendo por base três elos principais – o vírus, o doente e os anti-retrovirais. Relativamente ao primeiro, deve ser considerado o aspecto da replicação, mutação, resistência e reservatórios do vírus. No que diz respeito ao doente, deve ter-se em conta aspectos como a aderência, a toxicidade, a co-infecção, o suporte social e psicológico, entre outros. Sobre os anti-retrovirais devem ser observados os factores relacionados com a potência, a tolerabilidade, a farmacocinética e os custos.

Os efeitos adversos mais comuns da terapêutica anti-VIH são a diarreia, o vômito, a disfagia, a queda de cabelo e a insónia.

A prevalência da fadiga nas pessoas com VIH é alta quando comparada com pessoas seronegativas, interferindo, muitas vezes com a sua actividade profissional. Este sintoma está relacionado com um estadio mais avançado da doença, contagens baixas de células CD4+ e com antecedentes de infecções oportunistas. No entanto, ela pode ser o resultado de um somatório de diversos factores que interagem provocando este sintoma. Questões básicas, como o descanso, a alimentação apropriada, o exercício físico e uma boa saúde mental podem ajudar a resolver ou minorar este problema.

De entre as complicações tardias destacam-se:

- Hiperglicemia;
- Lipodistrofia/lipoatrofia;
- Hiperlipidemia;
- Hepatotocidade;
- Osteopenia/osteoporose;
- Neuropatia periférica/miopatia;
- Cardiopatia isquémica prematura (Miranda, 2004).

A lipodistrofia é caracterizada por um conjunto de efeitos secundários que têm vindo a evidenciar-se cada vez mais e cujas verdadeiras causas não estão perfeitamente esclarecidas. Encontra-se ligada a alterações na gordura e nos níveis de açúcar no sangue, incluindo modificações na distribuição da gordura corporal e na forma do corpo. A acumulação da

gordura, geralmente na zona do estômago, mamas e parte posterior do pescoço, parece estar mais relacionada com a medicação com os inibidores da protease, enquanto que a perda de gordura, geralmente nos braços, pernas, rosto e nádegas, parece relacionar-se com a utilização de nucleósidos. Estas alterações, que demoram vários meses ou anos a desenvolverem-se, podem ser parcialmente reversíveis com a mudança da terapêutica e podem ser minimizadas com o exercício físico e adaptações dietéticas (Santos, 2003).

Se por um lado o estado nutricional do indivíduo condiciona o seu estado fisiopatológico e a competência do sistema imunitário, é também verdade que à infecção pelo VIH estão associadas diversas deficiências e distúrbios nutricionais e metabólicos. Para além disso, os doentes estão ainda sujeitos a diversas terapêuticas farmacológicas para combater o VIH e as doenças oportunistas, o que eleva o risco de interacções mútuas entre os diversos fármacos anti-retrovirais, entre estes e os restantes medicamentos e com os nutrientes. Estas últimas interacções podem revelar-se nefastas, quer em termos de ineficácia terapêutica e eventuais resistências virais, quer a nível nutricional. Para além disso, a ingestão de alguns alimentos associados a determinados anti-retrovirais pode revelar-se benéfica.

Assim, uma dieta devidamente adequada à medicação instituída e adaptada, tanto quanto possível aos hábitos e rotinas dos doentes, é fundamental para a eficácia da terapêutica, minimizando os efeitos adversos, prevenindo o surgimento ou agravamento de distúrbios metabólicos/nutricionais, aumentando a adesão ao tratamento e, sobretudo, a qualidade de vida dos doentes.

O exercício físico constitui, também, um enorme benefício para os indivíduos infectados com o VIH no combate às várias alterações metabólicas de que são alvo, favorecendo o processo de recuperação quer da perda de peso, quer da perda da massa corporal. Os regimes de treino devem contemplar uma componente aeróbia e de resistência, cuja intensidade deve ser ajustada individualmente, de acordo com a severidade da doença e a existência de infecções secundárias activas.

A prática de exercício deve começar ainda na fase assintomática, constituindo um forte incentivo para o cumprimento do tratamento e permitindo igualmente melhorar a qualidade de vida dos doentes (Rocha, 2004).

3.3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SIDA

“Sida que alastra, numa crescente preocupação, num imenso desafio, na força da pandemia, na marca da discriminação, só alguma vez sentida, no opróbrio da lepra.”
(A. Meliço-Silvestre, 2004: 6)

A comunicação do diagnóstico de uma doença para a qual não existe cura, como é o caso da SIDA, leva a pessoa a considerar a sua vida como um percurso com um fim inevitável a curto prazo. Nos primeiros tempos após a notícia, assiste-se a reacções ansiosas, de negação, de tristeza (por vezes mesmo de depressão) ou de revolta (Costa, 1995; Guerra, 1998).

O conhecimento do diagnóstico corresponde a um momento importante na vida do seropositivo, pois “... quando o sujeito é confrontado com o diagnóstico... isso é vivido como uma catástrofe, isto é, o indivíduo é colocado face à catástrofe da sua própria finitude... é preciso que exista dentro de nós uma estrutura, um continente, que possa processar essa ideia violenta... do ponto de vista cognitivo, é qualquer coisa que mais rapidamente se vai conseguindo, mas do ponto de vista emocional é extremamente difícil, demorado e doloroso, que muitas vezes não é possível realizar” (Carreiras, in Cláudio e Mateus, 2000: 153).

Na realidade, a adaptação psicológica do indivíduo ao conhecimento da seropositividade liga-se à interacção de vários factores – médicos e orgânicos, psicológicos e socioculturais. Os factores médicos ou orgânicos prendem-se com a evolução da doença e a existência de sintomatologia, sendo por isso mais evidentes em estadios avançados da doença. Os factores psicológicos advêm, sobretudo, da personalidade do indivíduo e dos mecanismos de competências que possui. Desta forma, a existência prévia de perturbações da personalidade ou emocionais podem condicionar uma reacção e um ajustamento psicológico ao diagnóstico mais negativo.

Por último, os factores socioculturais traduzem o ambiente em que o indivíduo se encontra inserido, reflectindo o estatuto social, económico e cultural, bem como o suporte social de que dispõe. A ausência de auxílio afectivo dos familiares e amigos, a ineficiência do apoio dos organismos oficiais e da própria comunidade, a discriminação sofrida como castigo aos comportamentos desviantes ou pela estigmatização da própria doença evidenciam um suporte social insatisfatório que determina, por sua vez, uma reacção psicológica negativa. Podem surgir, então, “*atitudes caracterizadas por altos níveis de ansiedade e depressão, originando comportamentos autodestrutivos como uso indiscriminado de álcool ou outras*

drogas, ideação suicida, agressão a terceiros através de relacionamentos sexuais sem precauções, agressões verbais ou físicas contra familiares, amigos e pessoal médico” (Guerra, 1998: 97).

Passada a reacção aguda comum a qualquer situação grave e inesperada da vida, cada indivíduo irá desenvolver estratégias para fazer face às complicações advindas da doença, para lidar com a seropositividade ao longo dos anos e continuar os seus projectos de vida. Para isso, é importante que continue a contar, para além das suas próprias competências psicossociais, com o suporte familiar e o apoio da sociedade, centrado sobretudo na capacidade desenvolvida pelo mundo científico buscando medidas de prevenção e tratamento eficazes, pela capacidade de compreensão e tolerância.

Mas, se por um lado existe na sociedade vontade de encontrar soluções e oferecer ajuda, existe também uma resposta estigmatizante, culpabilizando os indivíduos sobre os seus comportamentos, considerados desviantes (relações homossexuais, múltiplos parceiros, consumo de drogas endovenosas). Deste modo, as pessoas portadoras do VIH são, muitas vezes, marginalizadas, quer pela sua condição infecciosa quer pelo provável comportamento que possa ter estado na origem dessa condição. Desta forma, o estigma surge como uma construção social que afecta, de forma determinante, não só os indivíduos mas, de forma indirecta, os seus amigos e familiares e o grupo social a que pertencem. O isolamento, a rejeição e, conseqüentemente, a discriminação surgem da necessidade do Homem evitar interagir com os indivíduos cujas características físicas e psicológicas são diferentes das normas instituídas por ele próprio (Alonzo e Reynolds, 1995; Guerra, 1998; Cláudio e Mateus, 2000).

Contudo, a própria discriminação pode ter magnitudes diferentes conforme o grupo que se trata, dando uma visão de uns de “*culpados*” e de outros de “*vítimas*”. Isto é, discrimina-se, habitualmente, os homossexuais, as prostitutas, os toxicod dependentes, os alcoólicos, os quem não têm poder económico e as minorias étnicas. Mas, não se discrimina os famosos, os ricos, os que têm poder de decisão (Cláudio e Mateus, 2000).

A percepção da sua infecciosidade e ameaça para a sociedade, a associação a uma morte indesejável e desfigurante e a atitude de afastamento da sociedade concorrem para que os seropositivos tenham comportamentos, também, estigmatizantes. Assim, para além da discriminação da sociedade, o próprio indivíduo seropositivo se auto-discrimina, afastando-se, ele próprio, dos outros, alheando-se do mundo que o rodeia, pensando que não tem o direito à equidade nas relações sociais, na acessibilidade

aos cuidados de saúde e ao tratamento, como todos os outros cidadãos (Cláudio e Mateus, 2000).

Sentimentos de vergonha e de medo fazem com que não partilhem o diagnóstico e o sofrimento que dele decorre, desperdiçando as oportunidades do suporte familiar, social, médico e psicológico, que lhe permitiriam uma melhor qualidade de vida.

3.4. A SIDA E OS NÚMEROS

“É aquele fatalismo... Um dia destes faz-se o fado da sida. Parece que aceitamos todos que vai ser pior e pronto”.
(R. Camacho, 2004: 24)

As estimativas do número de pessoas infectadas por VIH/SIDA em todo o Mundo e a sua comunicação para a comunidade, têm sido uma preocupação constante dos diversos organismos que trabalham com esta problemática. A diversidade das fontes e também de dados, tendo por base estudos diferentes e, por isso, conclusões dissonantes, coloca o problema de não se poderem comparar resultados entre si. Por esta razão, apresentar-se-á no presente subcapítulo os números oficiais mais recentes, relativamente à população infectada a nível mundial, disponíveis através da ONUSIDA/OMS, em 2004, e a nível nacional, divulgados pela AIDSPortugal, e pelo Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde (CVEDT).

Os últimos dados provenientes da ONUSIDA/OMS alertam para o problema do contínuo e acelerado crescimento do número de pessoas infectadas pelo VIH/SIDA em todo o mundo. Assim, em 2002 existiam cerca de 36,6 milhões de pessoas e em 2004 estima-se um valor aproximado dos 40 milhões. Este aumento tem-se verificado, de uma forma geral, por todas as regiões do mundo, embora algumas se mostrem mais vulneráveis. Sobre esta expansão, a ONUSIDA/OMS refere que o maior crescimento se tem verificado na Ásia Oriental e Central e na Europa Oriental. Na Ásia Oriental verificou-se um aumento de 50% de infecções pelo VIH, entre 2002 e 2004, à custa de países como a China, a Indonésia e o Vietname, onde a incidência da epidemia foi enorme. Na Ásia Central e na Europa Oriental assistiu-se a um aumento de cerca de 40% devido sobretudo ao aumento significativo do vírus na Ucrânia e na Federação Russa.⁵⁷

57. Com cerca de 860 mil indivíduos infectados, a Federação Russa é o país da Europa que apresenta a maior epidemia (ONUSIDA/OMS, 2004).

Em relação ao Continente Africano, a África Meridional continua a apresentar-se como a zona que tem a maior taxa de prevalência de VIH, superior a 25%.⁵⁸ Na África Oriental, a taxa de prevalência tem diminuído moderadamente em países como o Uganda, Etiópia e Quénia.

Outros dados apresentados pela ONUSIDA/OMS (2004), apontam para que dos 37,2 milhões de adultos infectados (entre os 15 e os 49 anos de idade) cerca de metade é constituído pelo sexo feminino. Só na África subsahariana, zona com mais de 60% de adultos infectados pelo VIH, existem cerca de 13,3 milhões de mulheres nesta condição. No grupo de jovens infectados, dos 15 aos 24 anos, $\frac{3}{4}$ são do sexo feminino.

Os comportamentos de risco associados à prática sexual desprotegida, homo e heterossexual, o início cada vez mais precoce da actividade sexual, o sexo como meio de obter dinheiro, a desigualdade de opções sexuais e respectiva protecção feminina e o aumento do consumo de drogas endovenosas contribuem para o crescente número de novas infecções. Paralelamente, a desigualdade na cobertura dos meios preventivos e de tratamento da doença, em algumas regiões do mundo, têm acentuado as diferenças dos dados epidemiológicos dos vários países.⁵⁹

No que concerne à situação da SIDA em Portugal, as estimativas também não parecem ser optimistas, pois os números apresentados mostram que a infecção não para de subir a nível nacional. Sobre este assunto, Camacho (2004) refere que há mais de 50 mil portugueses infectados com o VIH, qualificando a situação de catastrófica.

Segundo dados fornecidos pelo CVEDT, o total acumulado de notificações de infecções pelo VIH, em 31 de Dezembro de 2004, era de 25 968 casos, nos diferentes estadios de infecção, dos quais 11 755 eram casos de SIDA. Ao analisar-se as causas de transmissão, verifica-se que o maior número de casos notificados corresponde à infecção em indivíduos toxicómanos (constituindo 47,6% dos casos), seguida da transmissão por via heterossexual (com 34,5% dos registos) e homossexual masculina (com 11,7% dos casos). As restantes formas de transmissão correspondem a 6,2% do total de casos (AIDSPortugal, 2004; CVEDT, 2005).

58. Em alguns países, como o Botswana, Lesotho e Swazilandia, a prevalência do VIH, em grávidas, é superior a 30%. A esperança de vida ao nascer é inferior a quarenta anos, em nove países da África Meridional (ONUSIDA/OMS, 2004).

59. Apesar de em 2004 se ter duplicado a cobertura da população infectada, relativamente a 2002, existe ainda 10% de pessoas infectadas que não têm acesso ao tratamento anti-retroviral, nomeadamente na África subsahariana (ONUSIDA/OMS, 2004).

Desde 2000 que se tem registado um aumento proporcional do número de casos de transmissão heterossexual e diminuição (proporcional) dos casos associados à toxicodependência. Desde então verifica-se, também, uma maior incidência de casos de VIH/SIDA em idades superiores aos 55 anos. Os “Portadores assintomáticos” encontram-se, predominantemente, no grupo etário entre os 20 e os 39 anos, representando 74,3% dos casos notificados. As categorias de transmissão mais representadas neste grupo são a toxicodependência com 47,8% e a heterossexual com 37% dos casos (AIDSPortugal, 2004; CVEDT, 2005).

Relativamente à distribuição dos casos de SIDA por género, verifica-se que 83,1% corresponde ao sexo masculino e 16,9% ao sexo feminino. Por grupo etário, verifica-se que 86% corresponde às idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos.

Quanto à caracterização da epidemia segundo o tipo de vírus, registou-se, até final de 2004, 402 novas infecções pelo VIH 2, o que corresponde a 3,5% do total de casos, e 169 novas infecções pelos dois tipos de vírus, o que corresponde a 1,4% dos casos de SIDA notificados. A prevalência da infecção pelo VIH 2 é de 76,7% nos grupos etários dos 25 aos 54 anos, sendo a via de transmissão heterossexual a mais registada, com 76,7% dos casos em que era conhecida esta categoria (AIDSPortugal, 2004; CVEDT, 2005).

No que respeita ao número de casos notificados de mulheres grávidas com VIH, verifica-se que a provável causa de transmissão da infecção é a sexual com 87,5%, a toxicodependência com 11% e a transfusão com 0,5%.

O número de infecções do VIH em grávidas, notificados, sofreu um elevado aumento a partir de 2001. Até 2000 foram diagnosticados 161 casos de VIH em mulheres grávidas e no período 2001-2004 registaram-se 371 notificações (CVEDT, 2005).

Quanto à caracterização das grávidas infectadas pelo VIH, verifica-se que do seu total 44,9% são mulheres de raça negra, das quais 15% estão infectadas pelo VIH 2, e 45,9% são mulheres de raça branca, das quais 1,2% apresentam infecção pelo VIH 2. No ano de 2004, 43,9% das mulheres grávidas eram de raça negra, 39,4% de raça branca e 16,7% de outras origens.

Dos 66 casos de mulheres grávidas diagnosticadas com infecção VIH em 2004, 35 são naturais de Portugal, 30 são naturais de um país Africano e 1 é natural da Europa do Leste (CVEDT, 2005).

CAPÍTULO IV – AS MULHERES, O VIH E A MATERNIDADE

“... Reconheçamos o fardo que pesa sobre os ombros das mulheres e das raparigas, nesta era do VIH/SIDA, mas celebremos também os resultados que alcançaram na luta contra a epidemia.”
(K. Annan, 2004)

“Celui qui meurt sans enfant est venu pour rien, est reparti pour rien”.
Provérbio Africano (A. Riffiot, 1990, in C. Moulinier, 1995:189)

A epidemia da SIDA no feminino só começou a conquistar alguma visibilidade e preocupação nos últimos anos, a partir dos quais se começou a poder contar com alguns dados epidemiológicos e mais sistematizados.

Apesar dos números disponíveis mostrarem o aumento, a nível mundial, da incidência da SIDA nas mulheres⁶⁰, pode afirmar-se que raramente as mesmas são incluídas nos debates sobre esta problemática, bem como nas acções de informação e nas campanhas, assumindo-se, desta forma, que elas são de baixo risco ou que têm pouca influência nos métodos de prevenção recomendados.

Contudo, cada vez mais a SIDA atinge as mulheres, pois não só tem aumentado o número de seropositivas para o VIH⁶¹, como são as mulheres que cuidam dos seus companheiros, filhos e outros familiares, eles próprios infectados pelo VIH. Para além disso, como profissionais de saúde ou educadoras, as mulheres continuam a desempenhar um papel preponderante quer na prevenção quer no tratamento da SIDA.

Para além dos aspectos psicossociais ligados ao espectro da SIDA, a infecção VIH no sexo feminino coloca outros problemas fundamentais – a infecção do parceiro sexual, as repercussões que a própria infecção pode ter na capacidade de reprodução da mulher, as complicações que uma gravidez pode acarretar para a sua saúde e a possibilidade de transmissão vertical (mãe/filho).

60. Foi, ainda, em 1981 que o CDC relatou os primeiros casos de SIDA em mulheres, tendo rapidamente evoluído o seu número. Nos EUA, e nos finais dos anos oitenta, esta doença tinha-se tornado na sexta causa de morte nas mulheres, entre os vinte e cinco e os quarenta e quatro anos de idade, e nos finais dos anos noventa representava a quinta causa de morte na globalidade do grupo feminino, sendo ainda responsável por um terço da morte de mulheres de raça negra (Minkoff, 2004).

61. O facto da via de transmissão mais frequente ser, na actualidade, a heterossexual tem originado um aumento crescente de novos casos em mulheres, a maioria das quais em idade fértil.

Relativamente à infecção do parceiro sexual, a abordagem enquadra-se no âmbito dos cuidados sanitários que deve ter qualquer pessoa infectada.

No âmbito dos efeitos da infecção VIH na fertilidade feminina, têm sido realizados diversos estudos, que parecem mostrar uma diminuição na taxa de fertilidade destas mulheres, embora os resultados não esclareçam totalmente as razões dessa diminuição.⁶²

Sobre os restantes aspectos, vários estudos se têm realizado no sentido de se perceber a evidência entre a gravidez e o agravamento da doença da mãe e a relação entre a fase da doença e a sua transmissão à criança. Estes estudos, que parecem encontrar alguma relação entre o risco de transmissão e de gravidade da doença na criança com o estado dos CD4 maternos, não são tão consensuais no que respeita ao agravamento da doença na mulher ligada ao factor gravidez (Minkoff, 2004).

No presente capítulo pretende fazer-se uma sucinta análise da vulnerabilidade feminina ao VIH, bem como uma breve descrição dos aspectos específicos da gravidez e parto na mulher seropositiva, analisados sob o ponto de vista clínico, psicológico e de transmissibilidade vertical.

4.1. O VIH NO GÉNERO FEMININO

“Strategies to address gender inequalities are urgently needed if we want a realistic chance at turning back the epidemic”.
(Piot⁶³, in ONUSIDA, 2004)

“As crenças e o simbolismo que cada grupo social elabora sobre a sexualidade e os géneros são factores subjectivos e colectivos que precisam de intervenções por longos períodos em cada comunidade”.
(L. Tunala, 2001: 3)

Apesar de todos os factos mostrarem a importância que envolve o sexo feminino e a problemática do VIH, é importante salientar que as mulheres parecem sentir-se pouco ameaçadas por esta epidemia, devido, talvez, ao sentimento de confiança relativamente aos seus companheiros, ou por

62. Silvestre (2000) relata diferentes estudos, e suas conclusões, sobre a fertilidade feminina, realizados em África.

63. Director Executivo da ONUSIDA/OMS.

não se considerarem associadas a nenhum dos grupos com comportamentos de risco.

Por outro lado, a passividade sexual e social feminina, que tem marcado a história do género ao longo dos séculos, parece remeter a problemática da SIDA para uma esfera a que as mulheres se têm alheado. Para este afastamento têm contribuído, também, as desigualdades sociais, bem como os problemas ligados à violência e ao abandono pelo parceiro (Dias 2003; ONUSIDA/OMS, 2004).

Os deficientes recursos económicos, a baixa alfabetização e o trabalho precário tornam a mulher dependente do seu companheiro, impedindo-a de tomar as suas próprias decisões, nomeadamente na forma “como” ou “quando” terão relações sexuais, o que se traduz num reduzido ou inexistente controlo sobre o modo de prevenirem a infecção pelo VIH. O uso do preservativo depende, na maioria das vezes, da decisão do homem⁶⁴ e discutir este assunto é particularmente difícil, no contexto das primeiras relações sexuais ou quando as mulheres dependem economicamente do homem ou, ainda, quando estão sujeitas a violência doméstica.

Este problema atinge maiores proporções, porque devido a factores socio-culturais⁶⁵, as mulheres são monogâmicas mas os seus parceiros podem não o ser, pelo que a redução do número de parceiros sexuais não é, por si só, uma solução para o problema da transmissão do VIH.

A esta realidade acresce, ainda, o facto de que devido à vulnerabilidade feminina à infecção, pela constituição dos seus órgãos sexuais, a transmissão do VIH por via sexual do homem seropositivo para a mulher seronegativa é possível que ocorra duas a quatro vezes mais do que a transmissão do vírus, da mulher seropositiva para o homem seronegativo (Silvestre, 2000; Pardal, 2001; ONUSIDA/OMS, 2004).

Por outro lado, reconhece-se, actualmente, que a existência de Infecções Sexualmente Transmissíveis não tratadas, em qualquer dos parceiros sexuais, eleva significativamente o risco de transmissão do VIH durante as relações sexuais sem preservativo.

64. Vários estudos mostram que, mesmo estando conscientes do risco de transmissão, a maioria dos homens nega-se a usar preservativo, mesmo quando o fazem com prostitutas (Amaro *et al.*, in Rosendo, 2004).

65. Os aspectos culturais ligados ao uso do preservativo estão bem representados no seguinte testemunho: “*A malta angolana não gosta de usar preservativo. Não gosta daquela coisa de borracha, a borracha só estorva! Angolano gosta de carne com carne.*” (Joaquim, 27 anos, in CNLCS, 2002:52).

Deste modo, a vulnerabilidade biológica da mulher à infecção durante a relação sexual sem o preservativo agrava-se ainda mais. Para além do maior risco de contágio do VIH, existe um risco aumentado de Infecções Sexualmente Transmissíveis⁶⁶, que por sua vez potencia o risco da primeira. Esta vulnerabilidade feminina prende-se com aspectos anatomo-fisiológicos, tais como a existência de uma maior superfície da mucosa (revestimento interno da vagina e colo uterino) exposta às secreções masculinas, imaturidade das secreções femininas em mulheres jovens, lacerações e hemorragia devido a sexo violento, estupro ou mutilação anterior (circuncisão feminina). Para além disso, o sémen infectado pelo VIH contém uma maior concentração do vírus do que as secreções sexuais da mulher seropositiva.

A este respeito, foram realizados vários estudos sobre a carga viral seminal⁶⁷, dos quais se salienta o resultado de um que sugere que o sémen e o sangue possuem mecanismos diferentes de controlo e replicação do VIH. O sémen pode ser um local privilegiado de “refúgio” do vírus, uma vez que a carga viral neste líquido, em indivíduos sem qualquer terapêutica, é discordante e variável quando comparada com a carga viral do plasma sanguíneo.

Um outro estudo, realizado em doentes com terapêutica anti-retroviral e com carga viral indetectável (valor inferior a 50 cópias/ml) no plasma sanguíneo, mostrou a presença de ADN pró-viral no sémen de alguns doentes. Este resultado parece indicar, à semelhança dos resultados do estudo anterior, uma forte probabilidade do sémen albergar estirpes de VIH pouco sensíveis aos agentes anti-retrovirais e capazes de se replicarem. Assim, um resultado de carga viral indetectável no plasma sanguíneo, mesmo durante a administração de um regime terapêutico altamente eficaz, não garante nem a indetectabilidade do VIH no sémen, nem a redução da transmissibilidade do vírus (Diniz, 1999).

Outra questão que importa realçar, no âmbito da seropositividade feminina, é a que se prende com as alterações físicas, exclusivamente do sexo feminino, associadas à terapêutica anti-retrovírica, tais como a lipodistrofia ou síndrome de redistribuição adiposa, com perda de gordura subcutânea ao nível da face, nádegas e membros, e a lipoacumulação abdominal, dorsocervical e mamas. A alopecia, o cansaço e o mal-estar geral, bem como a incidência de infecções oportunistas e o envelheci-

66. A situação das Infecções Sexualmente Transmissíveis agrava, ainda mais a situação da transmissão do VIH, considerando que algumas são formas “silenciosas”, como a Gonorreia, levando a que a mulher desconheça a sua situação de infectada, aumentando o risco de exposição ao vírus.

67. Resultados apresentados numa Conferência de Chicago, em Fevereiro de 1999, relatados por Diniz (1999).

mento precoce são, entre outras alterações, factores que desencadeiam um significativo abalo ao nível do bem estar psíquico das mulheres seropositivas (Dias, 2003).

De tudo isto, sobressai o impacto psicossocial que tem o diagnóstico de seropositividade para o VIH na mulher. Esse momento revela-se ameaçador, remetendo-a para um estatuto de “doente crónico”, mas, também, constitui o símbolo de uma “morte anunciada” (Tunala *et al.*, 2001).

O conseqüente isolamento, a rejeição social e a estigmatização percebida pelas mulheres seropositivas incrementam o agravamento da sua auto-imagem e da sua auto-estima, remetendo-as a um estatuto social de “alto-risco” e culpabilizando-as pela sua condição de seropositividade como “*portadora de comportamentos de risco desviantes e imorais*” (Fife e Wright, 2000, *in* Dias, 2003:5).

Para além disso, associados às invariantes psicológicas como a ansiedade, a solidão e a depressão, que têm graves repercussões na qualidade de vida da mulher, na evolução da doença e no próprio sistema imunitário, encontra-se presente o espectro da discriminação a nível da sua sexualidade e do seu legítimo desejo de procriar.

A desvalorização da auto-imagem está, também, ligada às potencialidades reprodutivas, que nestes casos são, a maioria das vezes, postas em causa. Sendo a maternidade e o desejo de ser mãe condições básicas na construção da identidade feminina, o silêncio perverso em relação à homossexualidade e aos direitos reprodutivos da mulher seropositiva constitui uma forma de as recriminar e de lhes negar o direito da fecundidade (Canavarro, 2001).

A este respeito Tunala e seus colaboradores (2001) referem que a moldura social envolvente parece considerar, nestes casos, que a decisão de procriar constitui um acto criminoso e que os próprios profissionais de saúde, que cuidam destas mulheres, condenam ao silêncio um corpo reprodutivo e sexual.

Como consequência deste silêncio e da falta de informação que envolve a problemática da SIDA e da sua transmissão vertical, estas mulheres encontram-se proibidas moral e socialmente de abordar o tema “gravidez” e de considerar clinicamente a questão da “maternidade”. A referida situação leva a que a maioria das mulheres seropositivas engravidem de forma “clandestina” e não planeada, aumentando assim o risco de transmissão do VIH ao feto.

4.2. ASPECTOS ESPECÍFICOS DA GRAVIDEZ E PARTO NA PRESENÇA DE SEROPOSITIVIDADE

A grávida seropositiva deve ser referenciada à consulta de Alto Risco Obstétrico do Hospital da sua residência, onde as questões relativas ao seguimento da gravidez serão analisadas e onde será instituída a terapêutica anti-retroviral, conforme a situação clínica o determinar.

Contudo, uma grávida seropositiva necessita dos mesmos cuidados médicos que qualquer outra grávida. De entre os cuidados básicos explicados a todas as grávidas devem-se salientar alguns, pela importância que exercem na diminuição de problemas ou complicações no decurso da gravidez, devido à maior vulnerabilidade da grávida seropositiva:

- higiene diária de todo o corpo, de modo a reduzir o risco de infeções, nomeadamente da pele;
- dormir pelo menos oito horas e fazer períodos de repouso ao longo do dia;
- alimentação diversificada, repartida por seis refeições, no mínimo;
- recorrer ao seu médico assistente sempre que ocorram febre, tosse, corrimento vaginal ou perdas sanguíneas.

Alguns cuidados mais específicos baseiam-se, principalmente, na necessidade de informar sobre todas as regras da administração dos anti-retrovirais, sobretudo, se os iniciou pela primeira vez, promovendo uma forte adesão à terapêutica, factor bastante decisivo para uma boa resposta ao tratamento e para a prevenção de resistências. É, ainda, importante que a grávida seropositiva estabeleça uma relação de confiança com a equipa multidisciplinar que a acompanha, de forma a se sentir apoiada e compreendida, e também, com a vontade para esclarecer todas as dúvidas e colocar todas as questões que considere importantes.

Os cuidados específicos durante o trabalho de parto à mulher seropositiva têm, sobretudo, a ver com o tipo de parto e a administração de anti-retrovirais. Pode optar-se pela cesariana, devido à condição de seropositiva ou porque existam outros factores obstétricos ou fetais que assim obriguem. Nestes casos, o parto deve ser programado por volta das 38-39 semanas de gestação, para evitar que a grávida entre em trabalho de parto e ocorra a ruptura das membranas, situação que aumenta o risco da transmissão vertical. No entanto, não está documentado o benefício da cesariana se a grávida tiver cargas virais indetectáveis (Direcção-Geral de Saúde, 2004).

Qualquer que seja a via de parto, é imperativo a administração de um ARV intra parto (a droga de eleição é o AZT), por via endovenosa (Direcção-Geral de Saúde, 2004).

Logo após o nascimento, o recém-nascido é lavado com um desinfec-tante, de modo a retirar da pele todas as secreções resultantes do parto e inicia a administração de um ARV (o AZT em xarope), que se prolonga até algumas semanas de vida, dependendo da avaliação clínica.

Após o parto, a mãe reinicia toda a terapêutica oral que fazia anterior-mente, sendo enviada, normalmente, para uma consulta de infecciologia onde continuará a ser seguida do ponto de vista infeccioso.

A puérpera deve ser orientada para normas contraceptivas eficazes, devendo ficar definida antes da alta, e para a sua vigilância em consulta de ginecologia, uma vez que tem um risco acrescido de desenvolver infecções do aparelho reprodutor.

4.3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRÁVIDA SEROPOSITIVA

Apesar da gravidez ser uma etapa desejada pela maior parte das mulheres não deixa de se revelar uma altura da vida de grandes mudanças e adaptações que nem sempre são fáceis de ultrapassar. Na realidade, durante a gravidez surgem alguns sintomas e transformações que traduzem grandes alterações físicas e emocionais da grávida. Deste modo, conforme vão ocorrendo essas transformações a mulher vai vivenciando a gravidez de uma forma distinta. Numa fase inicial, começa por consciencializar a sua gravidez, afastando-se dos outros e centrando-se sobre si própria. Nesta altura existe uma redefinição de papéis e uma mudança de identidade; para além de filha e mulher passa, também, a ser mãe. Durante o segundo trimestre, quando começa a sentir os movimentos fetais e a ter a percepção das contracções fisiológicas da gravidez, inicia a interpretação do bebé que tem dentro de si, podendo-o imaginar de forma carinhosa ou agressiva, de acordo com as suas próprias vivências de menina/mulher. No terceiro trimestre, à medida que se aproxima o parto, aumentam os sentimentos contraditórios decorrentes da fase de separação, que se avizinha, daquele ser, que não fazendo parte de si, está dentro de si e a ansiedade pelas mudanças intensas que tem a noção que vão ocorrer.

Na fase do puerpério ocorrem novas mudanças fisiológicas e concretizam-se as grandes alterações no quotidiano da mulher/casal. Este é o

momento em que se inicia a consolidação da relação da tríade (Canavaro, 2001).

Apesar do desconforto e da ansiedade que podem causar, a maior parte das gestações chegam a seu termo sem problemas significativos. No entanto, quando ocorrem complicações, mais frequentes no primeiro e terceiro trimestre, que põem em risco o bem-estar da mãe, do feto ou do recém-nascido, fala-se em Gravidez de Alto Risco.

Diversos aspectos socioeconómicos como as más condições habitacionais, de higiene e alimentares, baixo nível de escolarização, exposição a riscos químicos, físicos ou biológicos, abuso de substâncias, cuidados de saúde deficientes durante a gestação, vivência de violência física ou psicológica, podem potenciar o desenvolvimento de complicações na gravidez. Por outro lado, factores maternos como a idade, a estatura, o aumento de peso durante a gravidez, a preexistência de doença ou infecção, ou a história obstétrica com problemas alertam para a elevada probabilidade de se desenvolver uma gravidez de alto risco (Aumann e Baird, 1996).

Recentes tecnologias de diagnóstico e terapêuticas colocam novas situações, de maior ou menor risco materno-fetal, à mulher grávida que podem ser vividas com grandes níveis de ansiedade. O diagnóstico de uma doença crónica, que contra-indique uma gravidez ou que constitua critério para Gravidez de Alto Risco, provoca níveis elevados de ansiedade, tornando urgente uma intervenção multidisciplinar dos técnicos de saúde.

Esta carga emocional reveste-se de uma enorme intensidade, sobretudo quando a grávida sabe no decurso da gestação que é seropositiva, pois estar infectada pelo HIV representa o espectro do sofrimento e da morte precoce.

As principais preocupações das mulheres grávidas prendem-se com as decisões que terão ou tiveram que tomar, decorrentes da sua situação clínica e que são descritas como factores de grande stress.

Essas decisões relacionam-se com:

- a revelação ou ocultação do seu estado de saúde aos outros, principalmente aos outros filhos e companheiro;
- a necessidade de submeter a sua família a testes clínicos, principalmente as crianças;

- a alteração de hábitos quotidianos, como os:
 - hábitos alimentares,
 - práticas de sexo seguro,
 - toma de medicação regular,
 - abandono de drogas injectáveis;
- a necessidade de subsistência económica:
 - o receio de perda de emprego,
 - a falta de saúde para trabalhar,
 - o aumento das despesas.

Associados a estes problemas e obstáculos surgem inúmeras incertezas, quanto ao futuro, que determinam grande probabilidade daquela gravidez ser vivenciada com níveis elevados de ansiedade e outra sintomatologia de ordem emocional.

Essas incertezas prendem-se sobretudo com:

- o receio de terem infectado os seus filhos durante as gravidezes anteriores ou através do aleitamento materno;
- o receio do bebé, que ainda trazem consigo, poder estar também infectado;
- a preocupação de saberem quanto tempo viverão, e quanto tempo serão minimamente capazes de tratarem dos seus filhos com qualidade de vida;
- a preocupação com a necessidade de cuidados no decurso da sua doença;
- a morte precoce que impedirá de ver os primeiros passos do seu bebé;
- a dúvida a quem entregar o filho que foi gerado com tanto amor e carinho;
- o receio que o filho fique doente e rapidamente comece a sofrer.

Outro factor de tensão adicional que se coloca à mulher grávida, sobretudo quando sabe da sua seropositividade antes ou mesmo durante a gravidez, tem a ver com a decisão de ter filhos.

O desejo de uma mulher seropositiva em engravidar pode ser explicado por diferentes mecanismos psicológicos, em particular pela recusa e pelo

desafio à doença. Contudo, sente-se a maldita mãe, a potencial portadora da morte, invocando o fantasma referido por André Ruffiot de *“la mère polluée (...) mortifère coupable d’une relation inavouable, engendrant la maladie, le monstre, la mort”* (Moulinier, 1995:188).

Apesar da dualidade de sentimentos e emoções, a existência de crianças revelou-se como sendo a grande motivação na vida das mulheres seropositivas, encorajando-as a alterar o seu modo de vida, nomeadamente a revelarem um maior interesse pela própria saúde, por quererem viver e acompanhar as crianças durante o maior tempo possível.

4.4. TRANSMISSÃO VERTICAL DO VIH

“Avec la séropositivité des femmes, ce virus qui se transmettait d’individu à individu se transmet de génération en génération...”

(Weber, 1990, in C. Moulinier, 1995: 187)

A descoberta do VIH nas mulheres jovens determina um novo problema à sociedade. Na realidade, a contaminação materno-fetal coloca a sociedade num domínio sem referências, por carência de experiências anteriores, que possam ajudar a balizar comportamentos.

Até há pouco tempo, as doenças hereditárias graves, transmitidas de pais para filhos, não representavam doenças dos próprios pais. Para além disso, as infecções transmitidas por via vertical podiam ser tratadas (como a sífilis), prevenidas (como a hepatite B), ou não apresentavam os mesmos riscos como acontece actualmente com a transmissão vertical do VIH. Regista-se, assim, uma nova situação de transmissão mãe/filho que muito tem preocupado a comunidade científica e tem impulsionado novos estudos, na tentativa de procurar soluções eficazes para esta realidade.

Dados estatísticos apontam para cerca de 2,7 milhões de crianças que vivem com VIH/SIDA em todo o mundo, para 800 mil novas infecções e 580 mil óbitos, que em 2001 ocorreram, devido ao VIH em crianças com menos de 15 anos.⁶⁸

O facto de ser cada vez maior o número de mulheres seropositivas em idade fértil faz aumentar o número de crianças infectadas através da mãe.

68. Dados apresentados na VII Reunião sobre Infecção por VIH/SIDA, realizada em 4 de Outubro 2003, em Lisboa.

A Direcção-Geral da Saúde (2004) refere que existem, em todo o mundo, mais de 600 000 crianças infectadas, das quais 90% por transmissão vertical. Resultados referentes a 2002⁶⁹ apresentam taxas de transmissão vertical do VIH 1 entre 15 a 25% na Europa Ocidental e Estados Unidos e entre 25 a 40% na África e Ásia. No que respeita ao VIH 2 a transmissão mãe/filho é menos frequente.

Uma mulher seropositiva pode transmitir o VIH ao filho na gravidez, durante o trabalho de parto ou através da amamentação. No entanto, o processo pelo qual se efectua a transmissão e o momento em que ela ocorre são mecanismos, ainda, pouco definidos, embora se pense que o VIH possa ser transmitido com maior frequência no período periparto, (Miotti *et al.*, 2001; Scarrow, 2002; Minkoff, 2004).

Existe um maior risco de transmissão vertical do VIH, se a mãe estiver numa fase adiantada do seu processo de doença, se o contágio aconteceu durante a gravidez e se apresentar uma carga viral elevada ou uma contagem de células CD4 baixa. Se existir ruptura de Bolsa de Águas pelo menos quatro horas antes do parto, se este ocorrer por via vaginal e se for traumático, como por exemplo na utilização de *fórcipes*, e se existir, simultaneamente, uma Infecção Sexualmente Transmissível há um maior risco de transmissão do VIH ao feto/recém-nascido. O risco de infecção aumenta, ainda, se a mãe amamentar o filho (Miotti *et al.*, 2001; Minkoff, 2004).

A transmissão materna do VIH encontra-se, também, dependente de outros factores como a intensidade da replicação vírica, o fenótipo e o genótipo viral, o estado clínico, imunológico e nutricional da mãe, o tabagismo e o consumo de drogas, a prematuridade do recém-nascido e os factores imunológicos e genéticos da criança.

Sabendo-se que a transmissão vertical é multifactorial e, embora, haja factores que não são passíveis de serem modificados (tais como o fenótipo e o genótipo viral) torna-se possível a intervenção com algum sucesso na diminuição da transmissão da infecção, mercê de algumas estratégias de actuação por parte dos vários profissionais envolvidos no tratamento e seguimento da grávida seropositiva. Uma dessas estratégias é a utilização do tratamento da grávida com a HAART, conseguindo-se uma redução da taxa de transmissão de cerca de 21% para 1%.⁷⁰

69. Resultados apresentados no 4.º Congresso Nacional sobre SIDA, realizado de 15 a 17 de Abril 2002, em Lisboa.

70. Dados apresentados na VII Reunião sobre Infecção por VIH/SIDA, realizada em 4 de Outubro 2003, em Lisboa.

O tratamento deverá ser iniciado após as catorze semanas de gestação de forma a evitar-se o período de maior risco de deficiências ligadas aos aspectos teratogénicos. Desta forma, reduzindo a carga viral materna, não só se promove a saúde materna como a do feto/recém-nascido. No entanto, é necessário ter em conta que as alterações fisiológicas da gravidez, o transporte placentar de drogas, a biotransformação pelo feto e placenta e a eliminação de drogas pelo feto constituem factores que podem alterar a farmacocinética dos medicamentos na gestante (Guerreiro, 2000).

Apesar da terapêutica anti-retroviral na grávida, que tem como função a redução do volume de VIH nos fluidos orgânicos da mãe e a inibição da fixação do mesmo no feto, é ainda necessário que ao recém-nascido seja administrado um antiretroviral, habitualmente o AZT, desde o nascimento até à sexta semana de vida. Mesmo quando o tratamento não tenha sido iniciado durante a gestação ou no parto (caso em que é desconhecida a serologia do VIH materna) é importante que se inicie a terapêutica ao recém-nascido (Guerreiro, 2000).

Para além da terapêutica instituída à grávida, outro aspecto a ter em conta é a programação do parto por cesariana, pois existem estudos que parecem comprovar que a transmissão intra-parto tem uma grande prevalência, tal como acontece, aliás, no caso da transmissão de outras IST (Direcção-Geral de Saúde, 2004; Minkoff, 2004).

Contudo, a nível mundial, não há consenso relativamente aos benefícios que o parto por cesariana pode trazer para a redução da transmissão do VIH. Alguns clínicos levantam a questão que a cesariana se traduz numa via de parto passível de maior morbidade materna comparativamente com o parto eutócico, existindo algumas diferenças de actuação entre os diversos países e, mesmo, entre os diferentes profissionais de saúde, sobretudo os que se ligam directamente ao tratamento da grávida e recém-nascido, de um mesmo país (Scarrow, 2002).

Por fim, outro factor importante na dinâmica da transmissão mãe-filho é a amamentação. De acordo com os resultados de alguns estudos, o risco de infecção é de 10 a 15% quando existe amamentação, sendo esta responsável por cerca de 40% da transmissão do VIH à criança.⁷¹

Para além de todas as medidas preventivas ao alcance dos indivíduos nas sociedades industrializadas, observa-se, ainda, uma taxa de transmissão

71. Dados apresentados na VII Reunião sobre Infecção por VIH/SIDA, realizada em 4 de Outubro de 2003, em Lisboa.

vertical próxima de 5%, que não deixa indiferente os profissionais de saúde da área obstétrica e perinatologia. Contudo, os avanços conseguidos já foram enormes, pois o risco de transmissão, quando não é tomada qualquer intervenção clínica, no decurso da gravidez ou no período pós-natal, pode atingir valores entre 25 a 45% (Brinca, 2002).

Após o nascimento, a vigilância da criança vai manter-se por longos meses, até se determinar a sua condição relativa ao VIH.

Os recém-nascidos de mães VIH têm análises positivas para este vírus, mas apenas 20% são portadoras do vírus e virão a desenvolver a doença. As restantes 80% apenas possuem os anticorpos, que receberam da mãe durante a gravidez e o parto, que desaparecem entre os quinze e os dezoito meses de vida, não desenvolvendo a doença.

O problema reside naquelas crianças, cujas análises não negativam e que irão apresentar sinais de doença, mais ou menos num curto período, frequentemente com vários problemas graves e com uma sobrevivência entre três a cinco anos.

As manifestações mais frequentes nas crianças seropositivas são o atraso psicomotor e de linguagem, as dificuldades alimentares, a depressão e a psicose, que exigem hospitalizações frequentes e administração de terapêuticas diversas, com os seus efeitos colaterais. Associado a esta realidade, acresce o facto de, invariavelmente, as mães destas crianças se encontrarem doentes e provavelmente o pai ou outro membro da família. Assim, estas crianças podem ficar mais sozinhas e vulneráveis aos efeitos psicológicos de toda esta problemática.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO V – METODOLOGIA

5.1. CARACTERIZAÇÃO E LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO

Tal como foi anteriormente referido, a presente investigação tem como finalidade principal a realização de um estudo exploratório com o objectivo de compreender as significações associadas à gravidez na presença da seropositividade para o VIH, em mulheres imigrantes.

Sendo a vivência da gravidez uma experiência subjectiva, com consequências na capacidade que cada mulher tem para se adaptar à situação, leva a que o objectivo mais específico deste estudo seja o de perceber se os aspectos culturais determinam, de alguma forma, o desejo de engravidar, no caso das grávidas que já sabiam anteriormente da sua seropositividade e como essas grávidas vivenciam o processo da gravidez aliado à presença do VIH. Para isso, procede-se a uma “profunda” caracterização sociodemográfica dos sujeitos da amostra.

É também objectivo do presente estudo compreender as preocupações, dúvidas e dificuldades vividas por estas mulheres, conhecer a sua opinião relativa ao tipo de apoio dado pelos profissionais de saúde durante a actual gestação, bem como o desejo de outros tipos de apoio, pretendendo-se identificar formas de comunicação mais eficazes.

Os problemas e processos relacionados com a saúde e com a doença necessitam ser estudados qualitativamente, pelo que o presente estudo será do **tipo qualitativo** pois, tal como é definido por Rocha-Trindade (1995: 109), pretende-se identificar “*diversas características de um determinado fenómeno, ou das diferentes formas que o mesmo pode assumir, sem que de imediato se entenda como prioritário a avaliação da importância ou peso relativo das várias facetas em estudo.*”

Pode, ainda, ser considerado, segundo a mesma autora, um **estudo sincrónico**, uma vez que será realizado no momento da sua ocorrência, isto é durante a gravidez.

Desta forma, pode-se caracterizar este estudo, segundo Carmo e Ferreira (1998: 213), do **tipo descritivo** porque “*implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação*”, que neste caso concreto pretende estudar um grupo de grávidas imigrantes seropositivas para o VIH, vigiadas na Consulta de Obstetrícia do HFF.

Tal como a investigação qualitativa pressupõe, pretende-se proceder a uma descrição objectiva resultante dos dados recolhidos, obtidos através de entrevistas semi estruturadas a grávidas imigrantes seropositivas para o VIH e respectiva análise de conteúdo e da análise do processo clínico e respectiva análise documental.

A entrevista, implicando uma interacção entre dois interlocutores – entrevistador e entrevistado – é considerada uma técnica de colheita de dados por excelência nas Ciências Sociais, pelo que foi preferencialmente usada neste estudo. No entanto, foi necessário reflectir nas condições essenciais para que fosse eficaz, devido à fraca experiência da entrevistadora neste domínio, respeitando os três aspectos fundamentais definidos por Carmo e Ferreira (1998):

- O entrevistador não pode inibir ou promover uma determinada resposta;
- É necessário adequar a linguagem e o tipo de abordagem efectuada, por forma a minorar as dificuldades resultantes das diferenças entre o entrevistador e o entrevistado (idade, género, cultural e social);
- Ter em atenção a sobreposição de canais de informação, uma vez que determinados gestos ou expressões podem induzir a determinadas respostas.

Na realidade, a entrevista é, segundo Grawitz (1990, *in* Ruquoy, 1997: 95), uma técnica que *“apresenta um tipo de comunicação bastante particular. É suscitada e pretendida por um lado, e mais ou menos aceite ou sofrida, por outro. Possui uma finalidade precisa e põe em presença indivíduos que, em geral, não se conhecem. Baseia-se na ideia segundo a qual para saber o que as pessoas pensam basta perguntar-lhes.”*

Apesar de tudo, várias condicionantes se apresentaram ao longo do desenvolvimento da presente investigação.

O maior obstáculo traduziu-se na dificuldade em se conseguir entrevistar todas as grávidas imigrantes seropositivas que acorreram à consulta⁷², que tivessem critérios de inclusão no estudo, durante os meses previstos para a colheita de dados (Março a Outubro de 2004) resultando deste

72. Neste capítulo, sempre que for referenciado o termo “consulta” o autor pretende referir-se à consulta destinada a observar as grávidas seropositivas, que funciona às segundas, quintas e sextas feiras, no período da manhã, distinguindo-as, deste modo, das restantes consultas.

modo uma amostra inferior ao inicialmente calculado (trinta sujeitos). O facto obrigou a que se prolongasse o período de entrevistas até dois de Dezembro de 2004, perfazendo-se um total de vinte e oito sujeitos. O maior alargamento do período de entrevistas não foi possível por razões inerentes à proximidade da data prevista para a entrega do trabalho.

As razões que impediram de entrevistar um maior número de grávidas imigrantes seropositivas prenderam-se com o facto de, por motivos profissionais inadiáveis por parte da investigadora, não ser possível a sua presença em todos os dias da consulta. Esta situação foi agravada devido à impossibilidade de se prever com antecedência a vinda das grávidas, por forma a se planear os dias de possíveis entrevistas.⁷³

Para além disso, outro aspecto perturbador foi, ainda, os períodos de ausência da obstetra, por férias e outros motivos, não coincidirem com os da investigadora, o que aumentou significativamente o tempo em que não foram realizadas entrevistas.

Outro problema existente, já a nível da consecução das entrevistas, teve a ver com a dificuldade de, por vezes, se conseguir um gabinete disponível para a realização das mesmas, bem como a frequência de interrupções, quer pelo telefone que tocava incessantemente, quer por profissionais que, batendo à porta, reclamavam a necessidade de utilizarem aquele espaço. Este obstáculo foi minorado ao longo do tempo, tendo a entrevistadora a preocupação de se certificar junto da secretária de unidade que lhe estava a ser atribuído um gabinete que não iria ser utilizado nesse período.

Outro obstáculo registado teve a ver com a enorme dificuldade na comunicação, que por vezes se verificou entre a investigadora e os sujeitos, sendo que algumas grávidas não dominavam bem o português. Nestas situações era necessário repetir e reformular as perguntas de diversas formas e pedir a repetição das respostas que a investigadora não conseguia entender. Este facto fez aumentar o tempo médio de duração das entrevistas e implicou a perda de outras, por impossibilidade das grávidas não poderem esperar pela entrevistadora, especialmente por obrigações profissionais.

Apesar de terem sido postos em prática os diversos aspectos relativos à técnica de entrevistar foi encontrada outra dificuldade, que se prendeu com a necessidade de estimular a resposta a algumas perguntas, nomea-

73. As grávidas não se encontram identificadas pela patologia ou proveniência. Apenas quando efectivam a Consulta de Obstetrícia, no respectivo secretariado, e chegam ao local acompanhadas com o Processo Clínico, é que é possível identificá-las, no que diz respeito ao motivo da consulta.

damente as que se ligavam a sentimentos e vivências no contexto da gravidez e da seropositividade, o que se traduziu em respostas curtas e lacónicas. Julga-se que as respostas sucintas e os períodos de silêncio, que por vezes as antecediam, devem-se ao facto de se falar em sentimentos difíceis de partilhar com os outros.

Por isso, e como refere Ruquoy (1997), na entrevista semi-directiva deve ser respeitado o favorecimento da expressão livre do entrevistado, mas sem deixar de estruturar o seu pensamento em torno do objecto perspectivado, isto é a partir de um objecto de estudo estritamente definido pelo entrevistador. Deste modo, foi necessário recorrer a um estímulo constante para se obter algumas respostas centradas no objecto do presente estudo.

A este respeito, Rogers (1945 in Ruquoy, 1997: 100) fala de “*neutralidade benevolente*” reforçando a ideia de que o entrevistador não “*deve dar a sua opinião, não avalia, não faz sugestões*”, mas deve em contrapartida manifestar “*uma aceitação incondicional dos sentimentos e opiniões*” do seu interlocutor, estimulando o discurso do mesmo, criando um “*clima de confiança, para que a pessoa possa descobrir e revelar atitudes correspondentes aos seus pensamentos profundos*”. Estas regras foram consideradas cumpridas no desenrolar das entrevistas efectuadas.

É de salientar, ainda, que por se tratar de um processo de selecção subjectivo dos sujeitos da amostra⁷⁴ coloca-se o problema da validade externa dos resultados obtidos, não se podendo generalizá-los à população à qual pertence o grupo de conveniência, situação que está perfeitamente clara nas intenções da investigadora. No entanto, tal como afirmam Carmo e Ferreira (1998), poder-se-ão obter informações importantes e possíveis de serem utilizadas, com as devidas precauções, em estratégias de intervenção junto da população imigrante feminina, no que diz respeito à prevenção de repetidas gestações em mulheres seropositivas, à decisão esclarecida e informada de uma gravidez e à realização da consulta pré-concepcional.

5.2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL

Neste capítulo é efectuada uma breve contextualização do local onde se realizou o presente estudo. Ao considerar-se que o Hospital Fernando Fonseca tem uma área de influência correspondente à zona geográfica dos Concelhos de Amadora e Sintra, procedeu-se, em primeiro lugar, a uma breve caracterização destes Concelhos no que diz respeito aos seus

74. Subcapítulo 5.3 – Critérios de Selecção da Amostra.

dados sociodemográficos, bem como a alguns recursos, nomeadamente os de saúde. De seguida, é feita uma descrição sumária do Hospital e apresentam-se alguns dados estatísticos, referentes à actividade do Serviço de Consultas e, mais especificamente, da Consulta de Obstetrícia, para o ano de 2004. São, ainda, apresentadas algumas informações sobre as características das utentes seropositivas vigiadas nesta consulta, durante este mesmo ano.

5.2.1. Caracterização Demográfica do Concelho de Amadora

O concelho da Amadora, que se insere na Área Metropolitana de Lisboa, tem uma área territorial de 24 km² e cerca de 176 mil habitantes. Detém o quarto lugar quanto ao número de habitantes e a primeira posição em termos de densidade populacional (representa perto de 20% da população do Continente).

O crescimento demográfico do concelho da Amadora registou uma primeira fase na década de 50, em consequência do desenvolvimento das infra-estruturas de transportes na região, seguido de um aumento acelerado até 1970, devido a intensos movimentos migratórios que acompanharam de perto a industrialização e a progressiva terciarização da Área Metropolitana de Lisboa. A partir de 1970, inicia-se uma tendência da perda de atractividade do concelho, passando a componente de crescimento natural a ter um maior peso no município. A partir dessa altura, registou-se mesmo um fenómeno de retracção, o que levou a uma perda de cerca de 5 900 habitantes (resultados dos Censos 2001), que terão regressado aos seus locais de proveniência ou mudado de concelho de residência (CMA, 2002).

No período compreendido entre 1991 e 2002, assistiu-se a um crescimento assimétrico das várias freguesias, existindo algumas em que se verificou um decréscimo populacional, embora se preveja que o número de habitantes estabilize.

Esta evolução demográfica foi acompanhada por alterações na estrutura etária da população. A idade média dos indivíduos passou de 31 anos em 1991 para 39 anos em 2001. Verificou-se, deste modo, um gradual envelhecimento caracterizado por um contínuo aumento de indivíduos com mais de 65 anos, por uma diminuição de indivíduos com menos de 14 anos e por uma estabilização da população em idade activa.⁷⁵

75. Em 2001, a população de idosos (65 e mais anos) aproximou-se da dos jovens (0 aos 14 anos) facto revelador do “*duplo envelhecimento que ocorre no topo e na base da estrutura etária*” (CMA, 2002: 54).

Ao nível dos equipamentos de saúde, nomeadamente no âmbito dos cuidados primários de saúde, existem três Centros de Saúde e respectivas extensões, que em conjunto com os Centros de Saúde de Sintra e o Hospital Fernando Fonseca, constituem a Unidade de Saúde D. Existe 8,3% da população residente no concelho que não tem médico de família atribuído. As transformações na segmentação etária, verificada no concelho, trazem algumas implicações na reorganização e reformulação dos serviços de saúde, o que leva à reflexão da forma de resolver as necessidades reais dos idosos, como anteriormente foi feito no âmbito da saúde materno-infantil ao fazer face ao crescimento demográfico (CMA, 2002).

5.2.2. Caracterização Demográfica do Concelho de Sintra

O Concelho de Sintra tem uma área territorial de cerca de 317 km² o que corresponde, aproximadamente, a 42% da Área Metropolitana de Lisboa, região geográfica onde se encontra inserida. Nele residem cerca de 370 mil habitantes, distribuídos por mais de 165 mil alojamentos.

Este concelho caracteriza-se por uma extensa área dedicada a actividades agrícolas, a zonas industriais e empresariais e por uma vasta zona urbana, densamente povoada.

Entre 1991 e 2001 o concelho de Sintra apresentou um crescimento populacional de 39,3% (e cerca de 55% no que se refere ao número de famílias), o que representa mais de 100 mil habitantes (e mais de 47 mil famílias), detendo, assim, 10,5% dos residentes da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Este aumento populacional não tem ocorrido uniformemente em todo o concelho, verificando-se um valor bastante superior nas freguesias de Algueirão, Mem Martins e Rio de Mouro, onde se registam valores de crescimento na ordem dos 56% (CMS, 2004).

O aumento populacional deve-se, por um lado, à reestruturação da Área Metropolitana de Lisboa e, por outro, à componente migratória resultante de fluxos com origem no continente africano, sobretudo dos países das ex-colónias portuguesas, sendo estes países "responsáveis por quase 80% dos não nacionais residentes" (CMS, 2004: 27).

O último recenseamento da população (Censos 2001) registava 6,5% de indivíduos estrangeiros residentes no concelho, cuja distribuição por nacionalidade se pode verificar no Quadro 8.

Quadro 8 – População estrangeira residente no Concelho de Sintra, por nacionalidade (2001)

	Número	%
Total Estrangeiros	23 470	6,5
Países da EU	1 041	4,44
Países não EU	1 370	5,84
PALOP	17 961	76,53
Outros Países Africanos	333	1,42
Brasil	2 108	8,98
Outros Países Americanos	291	1,24
Ásia	350	1,49
Oceania	16	0,07

Fonte: INE, Censos 2001 *in* CMS, Diagnóstico Social de Sintra (2004)

As correntes migratórias e a taxa de natalidade fazem de Sintra um concelho em que a população jovem tem assinalável expressão (30,3% da população tem menos de 24 anos) em especial no grupo etário inferior a 16 anos (representado por 19,2% da população). Deste facto resultam algumas vulnerabilidades no âmbito dos serviços e equipamentos educativos, mais concretamente no grupo das minorias étnicas, verificando-se *“uma notória insuficiência de projectos, a partir de estratégias que impliquem parceiros diversos, para a integração social e escolar destas populações”* (CMS, 2004: 132).

O parque habitacional do concelho de Sintra cresceu consideravelmente nesta última década, salientando-se uma grande presença de bairros clandestinos e a existência de meio milhar de barracas. O crescimento dos alojamentos também não se apresenta homogéneo, concentrando-se 77,1% apenas em Algueirão e Mem Martins (CMS, 2004).

Relativamente às habilitações literárias dos seus munícipes, 48,6% da população possui o ensino básico, enquanto que 13% da população se situa ao nível do ensino superior.

No que respeita à taxa de actividade, registou-se um aumento significativo da população activa, entre 1991 e 2001, acompanhando, deste modo, o forte crescimento populacional já mencionado. Contudo, ao nível da actividade económica persistem importantes debilidades estruturais que afectam o desenvolvimento sócio-económico local, sendo de salientar que

as mulheres apresentam taxas de actividade, de emprego e de desemprego mais desfavoráveis que as dos homens (CMS, 2004).

Ao nível dos equipamentos de saúde, nomeadamente no âmbito dos cuidados primários de saúde, existem seis Centros de Saúde e respectivas extensões, que em conjunto com os Centros de Saúde de Amadora e o Hospital Fernando Fonseca, constituem a Unidade de Saúde D.

O número de inscritos nos Centros de Saúde tem vindo a crescer significativamente, verificando-se um aumento do número dos utentes inscritos sem médico de família de 23,6%, entre Janeiro de 2002 e Dezembro de 2003, facto resultante da assimetria entre o crescimento demográfico e o aumento dos recursos humanos.

5.2.3. Caracterização do Hospital Fernando Fonseca

O Hospital Fernando Fonseca foi criado ao abrigo do Decreto-Lei 382 191, de 9 de Outubro, tendo sido concessionado a um grupo privado, denominado *Hospital Amadora/Sintra-Sociedade Gestora, S.A.*, através de concurso público n.º 8/94, baseado na Portaria 70 494, de 25 de Julho. O respectivo contrato foi assinado a 10 de Outubro de 1995 e entrou em vigor a 1 de Novembro do mesmo ano, prolongando-se o período de transição da Comissão Instaladora Hospitalar para a Sociedade Gestora até 31 de Dezembro de 1995.

O HFF é uma Unidade Hospitalar Distrital de Valências Básicas e Intermédias de nível II, que actua na Área Metropolitana de Lisboa, localizando-se no Concelho da Amadora, Venteira, junto à IC19.

A sua área de influência é de 340 km² abrangendo os Concelhos da Amadora e de Sintra, com cerca de 600 mil habitantes. A população feminina representa cerca de 52% da população em geral, sendo a pirâmide populacional jovem na base e a envelhecer rapidamente para o topo.

O hospital dispõe de 700 camas, cerca de 1,16 camas por mil habitantes e está dotado com Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Urgência Obstétrica e Ginecológica, abertas ao exterior, bem como as valências médica, cirúrgica e materno-infantil.

A sua área de actuação abrange os nove Centros de Saúde e respectivas extensões, dos Concelhos de Amadora e Sintra.

O acesso dos Utentes ao Hospital é feito através:

- do SNS, pertencentes à zona geográfica de influência do Hospital, admitidos na Urgências Geral, Obstétrica, Ginecológica e Pediátrica;
- das Consultas Externas, com referenciação dos Centros de Saúde;
- dos Subsistemas de Saúde.

O Hospital Fernando Fonseca é constituído por duas torres, de quatro andares cada, que assentam numa base de dois pisos que percorre horizontalmente todo o edifício. No primeiro piso localizam-se os diversos Serviços de apoio aos clientes externos e internos. No segundo funcionam os Serviços de Urgência, o Bloco Operatório e Serviço de Anestesiologia e Intensivismo, e alguns Serviços de Internamento. Nas duas Torres distribuem-se os restantes Serviços de Internamento, nomeadamente na Torre Amadora as valências médica e materna e na Torre Sintra a valência cirúrgica.

A Missão do Hospital foi definida pela Sociedade Gestora e tem como objectivo *“Prestar Cuidados de Saúde Hospitalares nos termos definidos pelo contrato de gestão e no respeito pela dignidade dos doentes, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver a investigação em saúde.”* (HFF, 2002:77).

A Visão consiste em tornar o Hospital numa Organização Qualificante, dotado de um sistema de Garantia de Qualidade e com acreditação da qualidade organizacional através do Instituto da Qualidade em Saúde que se suporta na metodologia e nas normas hospitalares do *King’s Fund Health Quality Service*, validadas para a realidade portuguesa e que foi concretizada em Março de 2002.

Caracterização da Consulta de Obstetrícia

A Consulta de Obstetrícia está inserida no Serviço de Consultas do HFF, situado no Piso 2, virada a nascente. Tem um espaço físico reduzido a dois gabinetes de ecografia, um de atendimento de enfermagem, outro para a realização de exames cardiotocográficos e quatro gabinetes para consulta médica. O *staff* de enfermagem e auxiliares pertence à equipa de profissionais do Serviço de Consultas e a equipa médica é constituída pelos obstetras do Serviço de Obstetrícia, que se encontram atribuídos a esse sector.

Realizam-se consultas diariamente, no período da manhã e da tarde, não havendo distribuição personalizada das utentes pelos diferentes médicos obstetras, com excepção das grávidas seropositivas, que são sempre seguidas pela mesma obstetra, sempre que possível, às segundas, quintas e sextas feiras, no período da manhã.

A Consulta de Obstetrícia regista um grande movimento diário, contribuindo com uma percentagem significativa para a grande actividade assistencial que se verifica no Serviço de Consultas do HFF. Durante o ano de 2004, o Serviço de Consultas de Obstetrícia registou um total de 12 446 consultas (HFF, 2005).

Os dados referentes ao atendimento do total das grávidas seropositivas, durante o ano de 2004, são apresentados, de forma sucinta, no Quadro 9.

Quadro 9 – Caracterização das grávidas seropositivas seguidas na Consulta de Obstetrícia do HFF (2004)

TOTAL DE GRÁVIDAS COM VIH			
		N.º	%
RAÇA	Caucasiana	13	21,3
	Negra	44	72,2
	Mestiça	1	1,6
	Não consta	3	4,9
TOTAL		61	100
ORIGEM	Portugal	13	21,1
	Nascida em Portugal	5	8,1
	Cabo Verde	14	23,0
	Guiné-Bissau	10	16,3
	Angola	13	21,3
	Moçambique	1	1,6
	S. Tomé e Príncipe	1	1,6
	Espanha	1	1,6
	Ucrânia	1	1,6
	Desconhecida	2	3,2
	TOTAL		61
TEMPO PERMANÊNCIA	≤ 5 meses <	3	
PORTUGAL	≥ 1 e < 5 anos	16	
	≥ 5 e < 10 anos	7	
	≥ 10 anos	5	
	Desconhecido	12	
TOTAL		43	

Fonte: Fernanda Matos, obstetra responsável pela vigilância das grávidas seropositivas do HFF

5.3. CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DA AMOSTRA

Para dar consecução ao presente estudo, foi utilizado um processo de **amostragem não probabilística por conveniência** que, tal como afirma Carmo e Ferreira (1998: 197) permite estudar “*um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários*”. Para tal, foi estabelecido o seguinte **Critério de inclusão** – grávidas seropositivas para o VIH, imigrantes, que recorrem à Consulta de Obstetrícia do Hospital Fernando Fonseca, no período de Março a Dezembro de 2004, e que mostrem disponibilidade para participar neste estudo.

A escolha da Instituição de Saúde foi baseada nas relações de trabalho que a investigadora tem com ela e na preocupação que a problemática do VIH envolve o seu quotidiano, quando cuida de grávidas seropositivas, no serviço em que exerce funções.

Por último, pode referir-se que inicialmente foi estabelecido um critério preferencial, que não sendo inclusivo nem exclusivo, tinha eminentemente uma função operacional – não incluir grávidas quando da primeira consulta, após conhecimento do seu estado serológico para o VIH. O facto de se tratar do primeiro contacto com a Instituição (quando enviadas pelos Centros de Saúde) ou com a Consulta de Obstetrícia (quando enviadas por outras consultas do próprio hospital) não permitia que tivessem uma opinião formada ou bem cimentada sobre os cuidados/apoios dados pelos profissionais de saúde durante o processo de gravidez e seropositividade para o VIH, bem como os que desejarium ter. Contudo, devido à dificuldade já relatada em contactar todas as grávidas imigrantes seropositivas seguidas na consulta, durante o período possível para realizar as entrevistas, decidiu-se inclui-las na amostra. Desta forma, utilizaram-se as suas respostas comparando-as com as das grávidas que já têm um percurso mais ou menos longo na Consulta e uma opinião melhor fundamentada relativamente aos apoios prestados e àqueles que gostariam de receber por parte dos profissionais de saúde.

Dada a natureza do trabalho (estudo exploratório) julgou-se importante obter uma amostra diversificada, por forma a se poder identificar vários factores sócio-demográficos e conseguir uma melhor compreensão do fenómeno. Considerou-se:

- Idade;
- Estado civil;
- Habilitações literárias;

- Número de filhos;
- Situação do agrupamento familiar;
- Suporte familiar;
- Local de residência;
- Tipo de actividade/profissão;
- Região de origem;
- Grupo étnico e cultural;
- Religião;
- Crenças e valores;
- Anos de residência em Portugal;
- Primeira ou segunda geração;
- Diagnóstico de seropositividade anterior ou durante a presente gravidez;
- Desejo de voltar a engravidar.

Desta forma, pretendia-se obter uma dimensão da amostra de 30 sujeitos, tendo-se por base a estimativa feita relativamente ao ano de 2002, em que ocorreram à referida consulta uma média mensal de quatro a cinco “novas” grávidas seropositivas para o VIH. Contudo, e apesar do período alargado para a realização do trabalho de campo não foi possível atingir o número de sujeitos inicialmente proposto.

Assim, entre 29 de Março a 2 de Dezembro de 2004 foram efectuadas vinte e oito entrevistas a grávidas imigrantes seropositivas, total das utentes contactadas pela investigadora na Consulta de Obstetrícia do HFF e que acederam a participar no estudo, correspondendo à totalidade dos contactos efectuados.

5.4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Tal como foi referido, a amostra do presente estudo é constituída por vinte e oito grávidas imigrantes seropositivas para o VIH, seguidas na Consulta de Obstetrícia do HFF.

Neste subcapítulo começa por se apresentar as Histórias de Vida das grávidas, que constituíram os sujeitos da amostra, do presente estudo.

São relatados, de forma sucinta, os aspectos considerados mais pertinentes, de forma a contextualizar a sua história no que diz respeito à escolaridade e profissão, ao país de origem, ao número de filhos e desejo da actual gravidez, ao tempo de diagnóstico e a sua revelação a outros, as preocupações actuais e a sua opinião sobre o apoio dado pelos profissionais de saúde. No final é feita uma breve apresentação física (avaliação feita pela investigadora no momento da entrevista) e reveladas as condições relativas ao processo comunicacional ao longo da entrevista.

São atribuídos nomes fictícios às grávidas, sendo contudo identificadas pelo número referente à ordem da entrevista.

Em seguida procede-se à caracterização dos sujeitos, tendo por base os dados quantificáveis obtidos na primeira parte da entrevista, referentes às características socioculturais e demográficas bem como ao seu percurso migratório. Essa informação, previamente trabalhada em Quadros no programa Excel, foi organizada em Figuras, que serão apresentadas ao longo do presente capítulo, realçando-se os valores considerados mais significativos e, quando pertinente, confrontados com informação de outras Figuras.

Devido tratar-se de uma caracterização pormenorizada dos sujeitos da amostra, considerou-se essencial dividi-la em subcapítulos, correspondendo cada um a um grupo de características analisadas, de forma a facilitar a consulta e a compreensão dos resultados apresentados.

5.4.1. Histórias de Vida Sumária dos Sujeitos

Josina - E1

Josina tem 33 anos. Nasceu em Angola e vive no Concelho de Sintra há cinco, altura em que chegou a Portugal. Frequentou o 7.º ano de escolaridade e é empregada de hotelaria. Tem dois filhos, um com onze e outro com três anos, que vivem com ela. A actual gravidez foi desejada, porque queria ter mais filhos.

Soube da sua seropositividade ao VIH 1 durante a segunda gravidez, quando tinha aproximadamente quatro meses de gestação. Revelou o diagnóstico ao companheiro e à mãe. Considera que se contaminou através de um namorado que teve em tempos. A “*desfiguração*” da face e as feridas da pele são os efeitos da seropositividade que diz conhecer. As suas maiores preocupações dizem respeito ao facto de ter de tomar tantos medicamentos e de, no pós-parto, não saber o que responder aos familiares quando lhe perguntarem porque não amamenta.

Relatou uma experiência que considera negativa, ocorrida durante o anterior parto – *“olham para mim e dizem-me: porque ficaste grávida; Onde apanhaste isto?”* – o que lhe causa alguma ansiedade relativamente ao momento do parto que se avizinha.

No que respeita ao apoio dado pelos profissionais, durante esta gravidez, diz sentir-se satisfeita.

Josina aceitou realizar a entrevista sem qualquer hesitação, mas no momento da primeira questão levantou-se e disse que queria pensar. Perguntou-se porque tinha mudado de opinião ao que respondeu *“explica outra vez o que é este estudo!”*. Após lhe ter sido explicado novamente em que se baseava o estudo e as condições que asseguravam o anonimato, sentou-se e disse *“vamos conversar....”*.

A *Josina* é simpática e cordial. Tem uma boa aparência física e aspecto cuidado.

Percebe bem as perguntas e responde prontamente, sem dificuldades. Fala para além do que é pedido, sendo necessário interromper por vezes o seu discurso, que entretanto se afasta do objectivo pretendido.

Ao longo da entrevista, mostra-se muito apelativa, querendo que a entrevistadora explique vários aspectos relacionados com a doença.

Fala muito em Deus, esperança e fé.

Mamadu – E2

Mamadu tem 25 anos. Nasceu em Guiné-Bissau, tendo vindo para Portugal há cinco anos. Vive no Concelho de Sintra há um ano com o companheiro. Frequentou o 11.º ano de escolaridade e é cabeleireira. Teve um filho que morreu com 2 anos por paludismo. Não desejou, nem programou a presente gravidez. Soube da sua seropositividade ao VIH 1 em Janeiro, quando tinha aproximadamente treze semanas de gestação. Revelou o diagnóstico ao companheiro. Desconhece as possíveis causas da sua contaminação. Não sabe quais os efeitos que a seropositividade lhe pode trazer.

As suas maiores preocupações são como irá ficar no futuro e se o *“bebé vem infectado”*.

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, manifesta satisfação – *“O que acharem que é melhor para mim é o que eu quero!”*, diz.

A *Mamadu* é simpática e cordial. Tem uma boa aparência física e aspecto cuidado.

Percebe bem as perguntas e responde prontamente, sem dificuldades, mas de forma muito sucinta.

Maimuna – E3

Maimuna tem 21 anos. Nasceu em Portugal, mas tem a nacionalidade Cabo-Verdiana. Sempre viveu no Concelho de Amadora. Frequentou o 2.º ano de escolaridade e é doméstica. Tem uma filha de dois anos, com quem vive na companhia do pai e do irmão. Não desejou, nem programou a presente gravidez. Soube da sua seropositividade ao VIH 1 em Janeiro de 2002, durante a gravidez anterior. Revelou o diagnóstico a dois irmãos, ao pai e ao namorado. Não sabe a condição serológica do namorado, porque ainda não fez análises. A filha é seronegativa.

Desconhece as possíveis causas da sua contaminação. Não sabe quais os efeitos que a seropositividade pode trazer.

As suas maiores preocupações são relativas à filha e ao bebé que vai nascer.

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, refere que “*gostaria de ter mais*”, não sabendo o quê concretamente.

A *Maimuna* tem um ar humilde e tímido, durante a entrevista permaneceu com os ombros descaídos e mãos cruzadas sobre o colo. Apresenta-se mal cuidada na forma de vestir. Tem dentes cariados.

Revela dificuldade em perceber as perguntas (mesmo quando a entrevistadora as repete de diferentes maneiras) e em responder a algumas questões, dizendo muitas vezes “não saber responder”. Outras vezes, responde com monossílabos.

Iracema – E4

Iracema tem 24 anos. Nasceu em Angola, tendo vindo para Portugal há oito anos. Vive no Concelho de Sintra há quatro anos. Frequentou o 12.º ano de escolaridade e é telefonista/recepcionista. Tem um filho de oito anos que vive com ela. Teve uma menina que morreu com 20 dias de vida por meningite. Não desejou nem programou a presente gravidez. Soube da sua seropositividade ao VIH 1 em Janeiro, quando tinha aproximadamente doze semanas de gestação. Revelou o diagnóstico ao companheiro, que é seronegativo. Quando o bebé nascer vai fazer os testes à sua filha.

Desconhece as possíveis causas da sua contaminação justificando que “*só tive dois namorados*”; mas “*furar as orelhas e arrancar dentes*” foram práticas que já efectuou e que podem ter sido causa da sua infecção. “*Não posso acusar ninguém*”, diz. Infecções oportunistas, febre e diarreia são os efeitos que conhece da seropositividade.

As suas maiores preocupações são relativas ao risco de transmissão do VIH ao bebé que vai nascer.

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, refere estar satisfeita, pois foram esclarecidas algumas dúvidas e deram-lhe “*força para criar os filhos*”.

A *Iracema* é uma grávida simpática e cordial. Tem uma boa aparência física e aspecto cuidado.

Percebe bem as perguntas e responde fluentemente.

Chorou várias vezes ao longo da entrevista (lágrimas a fio). Perguntou-se se queria terminá-la e continuar noutro dia ao que respondeu sempre negativamente.

Foi a primeira grávida a sugerir a existência de um “grupo de apoio”, onde as grávidas se possam reunir com outras pessoas seropositivas, para se ajudarem uns aos outros “*porque as pessoas se fecham, guardam só para si*” e porque “*o que custa é a reacção dos outros*”, desabafou.

No final da entrevista mostrou-se satisfeita com a mesma, pois “*falei de mim e aprendi algumas coisas*”.

Laurentina – E5

Laurentina tem 31 anos. Nasceu em Portugal e tem a nacionalidade portuguesa. Os pais são Cabo-Verdianos. Vive no Concelho de Sintra há dezassete anos. Frequentou o 6.º ano de escolaridade e trabalha como Auxiliar na Santa Casa da Misericórdia. Tem três filhos, que vivem com ela, com nove, sete e dois anos e que são seronegativos. Não desejou, nem programou a presente gravidez. Soube da sua seropositividade ao VIH 1 e ao VIH 2 em 2001, durante a última gravidez. Tem, ainda, Hepatite C. Revelou o diagnóstico ao companheiro, que é seronegativo.

Considera que a causa da sua seropositividade se deve à partilha de agulhas e seringas, enquanto toxicodependente, comportamento que diz ter abandonado após ter tido o segundo filho.

Sabe que o emagrecimento e a persistência de feridas são alguns dos efeitos da seropositividade.

A sua maior preocupação é *“não conseguir ter saúde suficiente para trabalhar e não poder estar em contacto com os meus filhos.”*

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, refere não estar satisfeita, pois *“não há informação nem atenção por parte do pessoal”*. Gostava de ter *“ajuda psicológica para mim e para o meu marido.”*

Laurentina é simpática e cordial. Tem uma boa aparência física e aspecto cuidado.

Percebe bem as perguntas e responde sem dificuldade.

Marcou-se uma segunda entrevista porque estava atrasada para ir para o trabalho, para o dia da próxima consulta. Respeitou a data e a hora.

Maria Sábado – E6

Maria Sábado tem 24 anos. Nasceu em Angola, tendo vindo para Portugal há três anos. Vive no Concelho de Sintra há dois anos. Frequentou o 8.º ano de escolaridade e é empregada de limpeza. Não tem filhos. Esta gravidez foi desejada e planeada. Soube da sua seropositividade ao VIH 1 em Janeiro, quando tinha cerca de dez semanas de gravidez. Revelou o diagnóstico ao companheiro, que também é seropositivo. Desconhece as possíveis causas da sua contaminação *“nem faço a mínima ideia!”* refere. Não sabe os efeitos que a seropositividade pode ter.

A sua maior preocupação é *“como vai ficar a bebé”* e como vai encarar a sua vida com esta doença. *“Eu já estou morta”*, desabafa.

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, refere não estar satisfeita, pois *“deviam falar mais sobre a doença”*. Gostava de ter *“alguém para falar”*.

Maria Sábado chorou muito antes de iniciar a entrevista, mantendo choro frequente ao longo desta (sobretudo na pergunta *“considera-se uma pessoa saudável?”*).

Tem uma boa aparência física e aspecto cuidado.

Percebe bem as perguntas e responde sem dificuldade.

Fez imensas perguntas sobre formas de contágio e prevenção do VIH.

Jussara – E7

Jussara tem 24 anos. Nasceu em Cabo Verde, de onde saiu há cinco anos. Depois de ter estado umas semanas na Holanda, veio para Portugal. Vive no Concelho de Odivelas há pouco tempo. Frequentou o 6.º ano de escolaridade e encontra-se desempregada. Tem dois filhos, de sete e dois anos, que vivem com ela. Esta gravidez não foi desejada nem planeada. Soube da sua seropositividade para o VIH 2 durante a gravidez anterior. Revelou o diagnóstico apenas ao companheiro, seronegativo, que é o pai dos seus dois filhos, porque *“as pessoas não sabem o que isso é e vão ficar com nojo e medo”*. Desconhece as causas da sua contaminação. A tuberculose é o efeito que conhece da seropositividade.

As suas maiores preocupações ligam-se ao facto de *“ter tomado comprimidos”* para abortar e *“não saber se isso faz mal ao bebé”*. Outra preocupação diz respeito à sua vida financeira, pois se *“só trabalhar ele e lhe acontecer alguma coisa, o que vai ser de nós?”*.

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, refere estar satisfeita, pois *“é uma coisa que só devo falar com a médica durante a consulta”*, no entanto *“na altura do diagnóstico tinha sido necessário um psicólogo porque foi um abalo quando soubemos, foi uma coisa pesada!”*.

Jussara é simpática e cordial. Tem uma boa aparência física e aspecto cuidado. Mantém-se calma e tranquila. Percebe bem as perguntas e responde sem hesitação.

Vem acompanhada pelo marido (que pediu licença da parte da manhã no emprego) e pelo filho mais novo.

O marido apresenta-se com aspecto cuidado, calmo e tranquilo. Pediu esclarecimento sobre a forma como se ia realizar o estudo e para que servia concretamente. Após a fase inicial mostrou-se interessado em dar, também, a sua opinião, chegando a fazê-lo de forma entusiástica (acrescentando por vezes dados ao que a mulher dizia).

No final da entrevista deixa uma sugestão: *“as colheitas de sangue ao bebé não devem ser feitas na mão, mas nos pés, por exemplo, porque se vêem as picadas e a família pergunta e tem de se explicar”*. A grávida acrescenta: *“tem de se dizer que é por ele estar amarelo, como aconteceu com este (filho)”*.

O filho de 2 anos, que acompanha o casal, apresenta-se com aspecto saudável, cuidado, e muito irrequieto, mas facilmente controlável pelos pais. O casal pareceu mostrar alguma cumplicidade.

Nareide – E8

Nareide tem 24 anos. Nasceu em Angola, tendo vindo para Portugal há seis anos. Vive no Concelho de Sintra há dois anos. Frequentou o 5.º ano de escolaridade e é doméstica. Tem dois filhos de cinco e três anos, que vivem com ela. A actual gravidez não foi desejada nem planeada.

Soube da sua seropositividade para o VIH 1 em 1999, durante a gravidez do primeiro filho. Revelou o diagnóstico ao companheiro, de quem ignora o estado serológico. Desconhece as causas da sua contaminação, mas considera ser possível que o contágio se tenha feito através de um dos dois namorados que teve, ou através da utilização de uma escova de dentes de uma doente com SIDA, quando esteve internada num hospital de Lisboa. Desconhece os efeitos da seropositividade.

A sua maior preocupação é o contágio aos filhos, “*nem quero dormir com eles...*”, refere.

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, diz não estar satisfeita, porque “*gostava de falar com um médico sobre este assunto.*”

Nareide apresenta-se bem cuidada, mas vestida de forma humilde.

Mostra-se nervosa e ansiosa, receando não poder manter o anonimato. Revela espontaneamente que é desconfiada. Perguntou por duas vezes se podia confiar no entrevistador (com o olhar de assustada). No final da entrevista, pediu para a entrevistadora vigiar o corredor (onde se encontrava o gabinete) de forma a não se cruzar com uma grávida que esperava a sua vez de ser entrevistada, por forma a que a sua presença não fosse associada ao gabinete e ao entrevistador.

A obstetra, que a acompanha, refere que a *Nareide* não cumpre as orientações dadas na consulta e que interrompeu a sua vigilância após o último parto.

Abi – E9

Abi tem 28 anos. Nasceu em Moçambique, tendo vindo para Portugal há cinco anos. Vive no Concelho de Sintra há um ano. Frequentou o 8.º ano de escolaridade e é cabeleireira. Tem duas filhas, de nove e seis anos, que vivem com ela. Esta gravidez foi desejada, “*para dar um filho a este companheiro*” com quem vive há cerca de um ano. Soube da sua seropositividade para o VIH 1 em Abril de 2004, quando tinha dezoito semanas de gravidez. Revelou o diagnóstico ao companheiro, “*que não aceitou bem,*

porque a relação já não é a mesma” e a uma amiga. Considera que se infectou através do ex-marido, porque “não tive mais ninguém”, mas não sabe se ele tem conhecimento do seu estado serológico. Desconhece os efeitos que a seropositividade pode ter. A sua maior preocupação é não “poder trabalhar para criar as filhas.”

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, refere não estar satisfeita porque *“gostava de aprender mais e de falar com um psicólogo, porque um dia destes as coisas vão piorar e eu devia estar preparada!”*.

Abi apresenta-se bem cuidada, bem vestida e penteada, com ostentação de alguma riqueza (variados adornos de metal amarelo). É uma mulher bonita e atraente.

É muito segura e decidida nas respostas, mas por outro lado mostra alguma insegurança quando fala do VIH, repetindo muitas vezes *“eu não vivi”*. Apresenta-se calma e tranquila.

No final da entrevista fez algumas perguntas relativas à necessidade de fazer a medicação antes do parto, se a mesma é feita no HFF e de que modo isso permite evitar a transmissão do VIH ao recém-nascido.

Jorema – E10

Jorema tem 30 anos. Nasceu em Angola, tendo vindo para Portugal há dezanove anos. Vive no Concelho de Sintra há cinco anos. Frequentou o 8.º ano de escolaridade e é ajudante domiciliária. Tem dois filhos de doze e dois anos, que vivem com ela. A criança mais nova é seronegativa. A actual gravidez não foi desejada em planeada, pois não queria mais filhos, mas *“deixou de se proteger num momento difícil da vida”*. Em Janeiro, na primeira consulta no hospital, refere desejar fazer interrupção da gravidez (tinha na altura cerca de dez semanas de gravidez), situação que não foi aceite. Faltou a sucessivas consultas e exames, tendo voltado em finais de Março para continuar a vigiar a gravidez. Soube da sua seropositividade há três anos, quando da gravidez anterior. Revelou o diagnóstico ao companheiro, à melhor amiga e a uma profissional de saúde do seu local de trabalho. Considera que se contaminou por picada acidental, no seu local de trabalho (Ajudante Domiciliária).

Cansaço, fadiga, stress, depressão e tristeza, são os efeitos da seropositividade que enumera.

As suas maiores preocupações são relativas a *“como irá decorrer o parto”* e ao receio de o *“bebé ficar infectado”*.

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, refere estar satisfeita, porque *“me tratam muito bem!”* mas por vezes sente-se *“perdida e por isso gostava de falar com um psicólogo e saber como se chega a essas instituições que têm esse tipo de apoio”*.

Jorema é simpática e cordial. Tem uma boa aparência física. Usa roupa ousada (seios expostos por um grande decote, mini saia muito curta). Apresenta-se calma, mas é muito emotiva a responder.

Compreende bem as perguntas e responde sem hesitação.

Naira – E11

Naira tem 31 anos. Nasceu em Angola e vive no Concelho de Sintra há quatro anos, altura em que chegou a Portugal. Frequentou o 9.º ano de escolaridade e trabalha na área da restauração (lavagem de loiça). Teve um filho que morreu com vinte dias de vida por Síndrome de Morte Súbita, há dois anos. A actual gravidez não foi planeada, mas desejava, um dia, ter mais filhos. Soube da sua seropositividade em Novembro de 2001. Revelou o diagnóstico ao companheiro, às irmãs e aos cunhados. Considera que se infectou através das relações sexuais, mas não sabe se foi através de um namorado que teve anteriormente ou se foi através do companheiro actual, que é seropositivo. Desconhece os efeitos que a seropositividade pode ter.

O seu maior desejo é que o filho seja saudável *“para ser uma alegria para mim, já que eu não tenho solução”*. Uma preocupação revelada tem a ver com a incerteza do futuro *“como me vou sentir, quais vão ser os sintomas... espero todos os dias quando a doença vai vir”*.

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, diz estar satisfeita, porque lhe esclarecem todas as suas dúvidas, contudo *“gostava de ter apoio psicológico e de pertencer a um grupo de senhoras com o mesmo problema!”*.

Naira tem uma boa aparência física e aspecto cuidado.

Comunica facilmente e de forma agradável.

Mostra-se por vezes emocionada, limpando rapidamente as lágrimas, que acabou por nunca deixar cair.

Binta - E12

Binta tem 29 anos. Nasceu em Guiné-Bissau e vive no Concelho de Sintra há nove meses, altura em que chegou a Portugal. Frequentou o 7.º ano de escolaridade e é doméstica. Tem um filho de doze anos, que permanece em Guiné-Bissau. Esta gravidez foi planeada devido ao actual companheiro, com quem vive há alguns meses, desejar ter um filho.

Soube da sua seropositividade para o VIH 2 em finais de Janeiro de 2004, quando tinha cerca de dezanove semanas de gestação. O companheiro tomou conhecimento do diagnóstico em simultâneo com ela, porque a acompanhou na consulta. Não revelou o diagnóstico a ninguém. Considera que se contaminou através de relações sexuais (teve sete companheiros), mas não sabe através de quem, dizendo que *"tive vários namorados mas nunca tive dois juntos, por isso fica tudo um bocado estranho!"*. O companheiro ainda não fez as análises para saber da sua condição serológica. Desconhece os efeitos da seropositividade.

A sua maior preocupação é sobre como irá decorrer o parto *"fico a pensar sobre o que digo por causa da doença, se me vão dar atenção ou não"*.

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, refere não estar satisfeita, porque *"gostava de conversar mais sobre a doença e sobre os cuidados a ter com o bebé"*.

Binta apresenta-se vestida com vestido longo de tecido colorido (característico de mulher africana), com aspecto limpo e cuidado.

Tem um fâcies sério, sem mostrar alternância de sentimentos ao longo de toda a entrevista.

Tem dificuldade em entender algumas perguntas, mesmo feitas de diferentes maneiras. A entrevistadora tem alguma dificuldade em entender algumas frases, pelo que precisa de pedir para repetir as respostas.

No final da entrevista a *Binta* continua a questionar sobre o parto, percebendo-se finalmente que queria mais informações sobre o modo como os técnicos vão agir para prevenir a infecção ao recém-nascido. A entrevistadora fala sobre a terapêutica endovenosa que se faz no pré-parto e sobre a terapêutica à criança (factos que demonstrou desconhecer e aos quais prestou muita atenção), após o que parece ter ficado mais tranquila, sorrindo pela primeira vez.

Calipe – E13

Calipe tem 36 anos. Nasceu em Angola, tendo vindo para Portugal há cinco anos. Vive no Concelho de Sintra há dois anos. Frequentou o 12.º ano de escolaridade e é empregada de hotelaria. Tem três filhos, de dezoito, catorze e doze anos de idade, que vivem em Angola com a avó materna. Esta gravidez foi desejada “*porque nos apaixonámos!*”. Soube da sua seropositividade para o VIH 1 em Abril de 2004, quando tinha cerca de quinze semanas de gestação. Nessa altura pôs em causa o resultado das análises para o VIH e recusou realizar amniocentese. Revelou o diagnóstico ao companheiro, mas “*ele falou que era mentira*”. Desconhece a causa da sua contaminação até porque “*nunca fui muito rodada, mas também já arranquei muitos dentes cá... não sei...*”. Sabe que os problemas pulmonares são um dos efeitos da seropositividade.

A sua maior preocupação prende-se com o momento do parto “*porque dizem que aqui tratam mal as pessoas e eu não tenho aqui ninguém...*”.

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, refere estar satisfeita, porque a têm apoiado, no entanto “*ela (médica) pode fazer mais...*”.

Calipe tem uma boa aparência física. Apresenta-se vestida com roupa muito humilde mas cuidada. É simpática e cordial.

Por vezes não entende bem as perguntas e fala muito depressa o que faz com que exista alguma dificuldade na comunicação.

Chorou muito no início da entrevista, mas quis fazê-la à mesma. Ao longo da entrevista caíram as lágrimas, algumas vezes, mas rapidamente as limpava. Tinha um sorriso muito aberto e bonito.

Mais tarde, quando se procedeu à consulta do Processo Clínico, verificou-se existirem algumas discrepâncias entre algumas respostas dadas e as informações contidas no processo, nomeadamente no que diz respeito ao tempo que está em Portugal – disse um ano a mais na entrevista (cinco em vez de quatro), e ao número de filhos – disse um a menos na entrevista (três em vez de quatro).

Elau – E14

Elau tem 27 anos. Nasceu em Cabo Verde, tendo vindo para Portugal há cinco anos. Vive no Concelho de Sintra há seis meses. Frequentou o 6.º ano de escolaridade e é empregada de limpeza. Não tem filhos. Esta gravidez foi desejada e planeada, pois queriam ter um ou dois filhos.

Soube da sua seropositividade para o VIH 1 em Maio de 2004, quando tinha cerca de dez semanas de gravidez. Revelou o diagnóstico ao companheiro *"para ele decidir se quer ficar junto comigo... não é por eu ficar doente que ele também tem de ficar"*. Considera que a sua contaminação pode ter sido feita através de um companheiro com quem viveu durante três anos ou através de agulhas infectadas e reutilizadas, quando fez análises em Cabo Verde. Desconhece os efeitos da seropositividade.

A sua maior preocupação é o seu *"filhinho e mais nada"*.

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, refere estar satisfeita apenas em parte, porque *"estão a fazer o melhor, mas acho que devia haver uma escola que desse mais informação sobre esta doença"*.

Elau tem boa aparência física. Apresenta-se vestida com roupa humilde mas cuidada. É simpática e cordial.

Por vezes não entende bem as perguntas e fala baixinho o que dificulta a comunicação.

Chorou com frequência e teve períodos de grande silêncio, sobretudo, a partir das perguntas relacionadas com o VIH.

Sibila – E15

Sibila tem 22 anos. Nasceu em Angola e vive no Concelho de Sintra há três anos, altura em que chegou a Portugal. Frequentou o 8.º ano de escolaridade e encontra-se desempregada. Não tem filhos. Esta gravidez foi desejada e planeada pois o companheiro queria ter um filho. *A Sibila* tinha receio de engravidar porque sabia que o companheiro era seropositivo, mas também gostava de pelo menos ter um filho. Não fez análises antes de engravidar porque *"tinha medo"*. Soube da sua seropositividade para o VIH 1 em Maio de 2004, quando tinha cerca de dez semanas de gravidez. Tem Hepatite B. Revelou o diagnóstico ao companheiro. Considera que a sua contaminação só foi possível através de relações sexuais, mas desconhece quando. Enfraquecimento é o efeito da seropositividade que diz conhecer.

A sua maior preocupação é relativa à possível transmissão do VIH ao seu filho.

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, refere estar satisfeita porque *"me olham normalmente como se fosse uma doente qualquer"*.

Sibila tem um aspecto pouco cuidado e desleixado, tem vestido uma camisola com nódoas, um fato de treino e sandálias.

A comunicação revelou-se sem problemas de ambas as partes, embora as respostas fossem simples e sucintas.

Domingas – E16

Domingas tem 25 anos. Nasceu em Angola, de onde saiu há catorze anos, tendo vivido em França e Polónia. Está em Portugal há dois anos e vive no Concelho de Sintra há um. Tem o curso superior de economia e frequentou o 1.º ano na área de Letras, trabalha na restauração. Teve um filho que morreu há sete anos em Angola, com oito dias de vida, por meningite. Esta gravidez foi desejada e planeada.

Soube da sua seropositividade para o VIH 1 em Maio de 2004, quando tinha cerca de doze semanas de gestação. Revelou o diagnóstico ao companheiro e à mãe, que é seropositiva. O companheiro, que é seronegativo, *“quer saber como isso aconteceu, mas eu não tenho resposta para isso. Sempre tive uma vida calma e protegida e agora que decido fazer um filho faço os exames e dizem-me que sou seropositiva...”*.

A queda de cabelo e a anemia são os efeitos da seropositividade que diz conhecer.

A sua maior preocupação é *“não transmitir o vírus ao bebé”*.

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, refere estar satisfeita.

Domingas tem uma boa aparência física e bom aspecto. Tem uma comunicação fácil, mostra-se calma e tranquila.

Maizé – E17

Maizé tem 33 anos. Nasceu em São Tomé e Príncipe, tendo vindo para Portugal há vinte e nove anos. Vive no Concelho de Sintra há quatro anos. Frequentou o 4.º ano de escolaridade e trabalha em serviços domésticos. Tem cinco filhos de dezasseis, catorze, treze, onze e seis anos. Apenas os dois mais novos vivem consigo. Esta gravidez não foi desejada, *“não pensava ter mais filhos”*. Soube da sua seropositividade para o VIH 1 e o VIH 2 em Agosto de 2004, altura em que tinha catorze semanas de gravidez. Tem Hepatite B. Não revelou o diagnóstico a ninguém, nem, mesmo, ao companheiro porque *“não sei como vou dizer, nem explicar. Ele é uma pessoa que não entende, já sei que vai haver problemas. Ele vai pensar*

que fui eu, mas eu não sei... ele fez análises há dois anos mas eu não vi os resultados.... Refere, ainda, que a sua contaminação também pode ter sido através de duas transfusões de sangue que fez há seis e há onze anos.

Desconhece os efeitos da seropositividade. A sua maior preocupação é de *“me dar uma coisa de repente e os meus filhos ficarem sozinhos”*.

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, diz precisar que *“as pessoas falem comigo, que eu estou num sufoco desde quinta feira!”*.

Maizé tem boa aparência física e aspecto cuidado. Chorou muito antes de iniciar a entrevista, querendo contudo dar início à mesma. Repetiu crise de choro na pergunta *“que alterações teve que fazer na sua vida devido a esta gravidez e à presença da seropositividade”*. Referiu por duas vezes que o seu desejo era morrer. Após a entrevista foi encaminhada para uma Consulta de Psiquiatria, a que faltou.

A comunicação foi fácil, apesar de dar respostas muito curtas.

Kubumba – E18

Kubumba tem 26 anos. Nasceu em Guiné-Bissau, tendo vindo para Portugal há quase três anos. Vive no Concelho de Amadora há dois anos. Frequentou o 4.º ano de escolaridade e é empregada de limpeza. Não tem filhos. Esta gravidez não foi desejada, repetindo algumas vezes que *“esta gravidez foi uma surpresa”*. Soube da sua seropositividade para o VIH 1 e VIH 2 em Maio de 2004, quando tinha cerca de dezoito semanas de gravidez. Não revelou o diagnóstico a ninguém. Refere estar de *“relações cortadas”* com o pai do filho e viver com uma tia.

Ficou *“admirada”* com a sua seropositividade porque *“não teve muitos namorados”*. Desconhece os efeitos da seropositividade.

As suas maiores preocupações são relativas ao momento do parto, *“se me vão deixar ficar sozinha”*, se lhe retiram o seu filho e se as visitas vão perceber que tem esta doença.

No que respeita ao apoio dos profissionais, durante esta gravidez, refere sentir-se *“mais ou menos satisfeita”*.

Kubumba tem boa aparência (apresentava objectos de adornos em metal amarelo) e um aspecto físico cuidado.

A comunicação revelou-se muito difícil, sendo necessário repetir as perguntas várias vezes e também pedir que repetisse as respostas.

Parece pouco emotiva, não mostrando variação de humor/sentimentos ao longo da entrevista.

Oksana – E19

Oksana tem 30 anos. Nasceu na Ucrânia, tendo vindo para Portugal há três anos. Vive no Concelho de Mafra há poucos meses. Frequentou um curso profissional como cozinheira (dando equivalência ao 12.º ano de escolaridade) e realizou um curso médio na área da Organização de Refeitórios, trabalha como empregada de balcão. Não tem filhos. Esta gravidez foi desejada e planeada. Soube da sua seropositividade para o VIH 1 em Abril de 2004, quando tinha aproximadamente dezasseis semanas de gravidez. Revelou o diagnóstico ao companheiro (cujas análises em Maio deram VIH 1 positivo) e a uma amiga portuguesa. Considera que possa ter sido contaminada no dentista, pois *“nem eu nem ele temos sido infiéis e temos análises negativas feitas na Ucrânia”*. Desconhece os efeitos da seropositividade.

A sua maior preocupação prende-se com o futuro e a incerteza se *“a medicina avançar e se vão descobrir uma vacina”*.

No que respeita ao apoio dos profissionais de saúde, durante esta gravidez, diz sentir-se satisfeita, confessando que *“eu tenho vergonha da minha doença por isso não interessa falar muito com outras pessoas sobre isso”*.

Oksana tem boa aparência física e aspecto cuidado. É simpática, tem um sorriso fácil e bonito; é calma e tranquila.

A comunicação revela-se fácil. Mostra-se segura do que está a dizer.

Zelda – E20

Zelda tem 36 anos. Nasceu em São Tomé e Príncipe e veio para Portugal há trinta e dois anos. Vive no Concelho de Amadora desde há um ano. Frequentou o 7.º ano de escolaridade e trabalha na área da restauração (cozinheira). Tem três filhos, de vinte e um, dezoito e quinze anos. Apenas os dois mais velhos vivem com ela. Esta gravidez não foi desejada.

Soube da sua seropositividade para o VIH 1 em Junho de 2003, altura em que esteve internada devido a doença hepática (tem história de alcoolismo desde alguns anos). Nessa altura revelou o diagnóstico ao companheiro,

que também é seropositivo, e à filha mais velha, que a acompanha nas consultas.

Tem critérios clínicos de SIDA.

Considera que se contaminou através do companheiro. Tem dúvidas se os sintomas que tem são efeito da seropositividade ou da doença hepática.

A sua maior preocupação é *“de morrer e deixar o seu filho pequenino”*.

No que respeita ao apoio dos profissionais de saúde, durante esta gravidez, diz sentir-se satisfeita, referindo que a entendem e *“não me tratam diferente dos outros”*, no entanto *“gostava de ter uma pessoa para falar e tirar tudo da cabeça... podia ser um psicólogo...”*.

Zelda tem boa aparência física e aspecto cuidado. Chorou várias vezes ao longo da entrevista, querendo contudo dar continuidade à mesma.

Apresenta-se triste.

A comunicação foi fácil, apesar de dar respostas curtas.

Joselina - E21

Joselina tem 28 anos. Nasceu em Portugal, de pais Cabo-Verdianos. Vive no Concelho de Amadora há dez anos. Frequentou o 4.º ano de escolaridade e encontra-se desempregada. Tem dois filhos, de onze e oito anos. Vive com o seu pai e o filho mais velho. Esta gravidez não foi desejada nem planeada.

Soube da sua seropositividade para o VIH 1 em Maio de 2004, altura em que tinha cerca de treze semanas de gestação. Não revelou a ninguém o diagnóstico porque *“se eu abrir para alguém logo se espalha... e se contar para o meu pai ele morre, ele está muito doente...”*.

Considera que se contaminou através de relações sexuais. Desconhece o estado serológico do pai desta criança, pois já não vive com ele.

Desconhece os efeitos da seropositividade.

A sua maior preocupação é relativa a como vai ficar a sua filha, *“se ela vai nascer magrinha ou com defeitos”*, porque *“eu, bem, sei que não vou ficar”*.

No que respeita ao apoio dos profissionais de saúde, durante esta gravidez, diz não se sentir satisfeita, referindo que *“não recebi nenhum apoio”*.

ainda” e que gostava de ter uma pessoa para desabafar “como você está agora a fazer...”.

Joselina tem boa aparência física e aspecto cuidado. Apresenta objectos de adornos em metal amarelo.

Chora frequentemente durante a entrevista e permanece com lágrimas nos olhos, mas mantém sempre um sorriso.

A comunicação foi fácil.

Faltou a uma consulta de Obstetrícia, em Setembro de 2004 e não compareceu a várias convocações feitas pelo HFF em 2003, devido a resultado positivo para o VIH, diagnóstico feito aquando de um internamento por ocorrência de um aborto, nesse mesmo ano.

Joselina pediu muitas informações no final da entrevista, referindo “*Graças a Deus*” quando julgou ter as suas dúvidas esclarecidas.

Quada – E22

Quada tem 29 anos. Nasceu em Angola, vivendo no Concelho de Amadora há quase cinco anos, altura em que veio para Portugal. Frequentou o 10.º ano de escolaridade e é doméstica. Tem três filhos, de sete, três e dois anos, que vivem com ela e que são seronegativos. Apenas o filho mais velho é de outro companheiro.

Esta gravidez não foi desejada. Soube da sua seropositividade para o VIH 1 em 2001, durante a gravidez do seu terceiro filho. Nessa altura revelou o diagnóstico ao companheiro, que diz ser seronegativo, embora no processo clínico conste como condição desconhecida. Ignora a possível causa da sua contaminação, bem como os efeitos da seropositividade.

A sua maior preocupação é sobre quem “*cuidará dos meus filhos se um dia ficar doente*”.

No que respeita ao apoio dos profissionais de saúde, durante esta gravidez, diz não se sentir satisfeita, acentuando que “*gostava de saber mais coisas sobre a doença*”.

Quada tem boa aparência física e aspecto cuidado.

A comunicação revela-se muito difícil, sendo necessário repetir as perguntas várias vezes e, também, pedir que repita as respostas, sempre

muito curtas. É necessário incentivá-la a responder pois faz longos períodos de silêncio.

Apresenta-se pouco emotiva ao longo da entrevista, excepto quando fala das preocupações relativas aos seus filhos, altura em que chora e revela muita tristeza.

Djenabo – E23

Djenabo tem 26 anos. Nasceu em Guiné-Bissau e vive no Concelho de Sintra há quase três meses, altura em que veio para Portugal. Frequentou o 6.º ano de escolaridade e é doméstica. Não tem filhos. A sua gravidez foi desejada.

Soube da sua seropositividade há uma semana (inícios de Novembro de 2004), quando tinha cerca de doze semanas de gestação. Não revelou o diagnóstico a ninguém porque *“é a primeira vez que venho à consulta e não sei o que se está a passar”*.

Desconhece a causa possível da sua contaminação bem como os efeitos da seropositividade.

A sua maior preocupação é *“fazer o tratamento para eu ficar muitíssimo bem”*.

No que respeita ao apoio dos profissionais de saúde, durante esta gravidez, ainda não tem opinião formada.

Djenabo tem boa aparência física e aspecto cuidado.

Tem um sorriso fácil e bonito.

Faz questão de mostrar diversas vezes a aliança de metal amarelo, no dedo esquerdo, e dizer que casou *“há dois anos, mesmo de verdade!”*, revelando-se feliz por poder estar agora com o marido.

A comunicação foi muito difícil, sendo necessário reformular as perguntas várias vezes e também pedir que repetisse as respostas.

Dianela – E24

Dianela tem 29 anos. Nasceu em Guiné-Bissau, tendo vindo para Portugal há cerca de ano e meio. Vive no Concelho de Sintra há seis meses. Frequentou o 7.º ano de escolaridade e é empregada de limpeza. Não tem filhos. A sua gravidez foi desejada por ela e pelo companheiro, que *“já*

tem filhos de outras mulheres". Soube da sua seropositividade para o VIH 1 em Agosto de 2004, quando tinha cerca de vinte e seis semanas de gestação. Revelou o diagnóstico ao companheiro, que é seronegativo.

Desconhece a possível causa da sua contaminação, bem como os efeitos da seropositividade.

A sua maior preocupação é poder transmitir a infecção ao seu filho.

No que respeita ao apoio dos profissionais de saúde, durante esta gravidez, diz não se sentir satisfeita, justificando que *"deviam explicar mais coisas sobre esta doença e de como eu vou ficar"*.

Dianela tem boa aparência física e aspecto cuidado.

Por vezes existiu dificuldade na comunicação, dando respostas curtas e manifestando pouca emotividade ao longo da entrevista.

Esqueneta – E25

Esqueneta tem 23 anos. Nasceu em Portugal. É filha de pais Cabo-Verdianos. Sempre viveu no Concelho de Amadora. Frequentou o 8.º ano de escolaridade e é empregada de limpeza. Tem duas filhas, de quatro e dois anos, que são seronegativas. Apenas uma vive consigo. Esta gravidez não foi desejada.

Soube da sua seropositividade em Novembro de 2001, altura em que teve um filho pré-termo, que veio a falecer com poucos dias de vida. Nessa altura revelou o diagnóstico ao companheiro e, mais tarde, durante a segunda gravidez, revelou-o à mãe. Presentemente o companheiro encontra-se preso por *"vários assuntos"*.

Não sabe a condição serológica do companheiro, por ainda não ter feito as análises. Desconhece a possível causa da sua contaminação, referindo que *"essa doença só se transmite pelo sangue ou pelo sexo, e eu nunca tive ninguém. Este foi o primeiro e único companheiro"*. Conhece apenas como efeitos da seropositividade o aparecimento de *"caroços"*.

As suas maiores preocupações são as suas filhas, pois *"se me acontecer alguma coisa quem é que toma conta delas?"*.

No que respeita ao apoio dos profissionais de saúde, durante esta gravidez, diz sentir-se satisfeita, porque *"falam comigo e dizem-me como tratar a minha criança"*.

Esqueneta tem boa aparência física e aspecto cuidado. Apresentou-se triste e chorou algumas vezes durante a entrevista.

A comunicação foi fácil.

Sadu – E26

Sadu tem 36 anos. Nasceu em Guiné-Bissau, tendo vindo para Portugal há dois anos e meio. Vive no Concelho de Sintra há um ano. Frequentou o 5.º ano de escolaridade e trabalha na área da restauração. Tem dois filhos, de dezanove e catorze anos, que vivem no seu país de origem e dos quais desconhece a condição serológica. Teve, ainda, dois filhos que morreram. Esta gravidez foi desejada porque queria ter um filho com este companheiro, de quem também não sabe a condição serológica.

Foi referenciada pelo Centro de Saúde, em Junho de 2004 por idade materna, tendo nessa altura repetido as análises para o VIH. Só voltou à consulta no dia 24 de Novembro, com cerca de tinta e quatro semanas de gestação, altura em que soube da sua seropositividade para o VIH 1. Não se encontra justificação para a diferença de tempo entre o pedido da análise e a data da consulta seguinte. Não revelou o diagnóstico a ninguém “*porque não sabe o que dizer às pessoas*”. Encontra-se sozinha, pois o companheiro está a trabalhar em Espanha, por não arranjar emprego em Portugal.

Desconhece a possível causa da sua contaminação, mas não põe de parte a hipótese de “*poder ter sido por mau olhado*”. Também desconhece os efeitos da seropositividade.

A sua maior preocupação é de não ter ajuda para cuidar do filho e não ter quem fique com ele depois da licença de parto terminar, porque “*eu sozinha não consigo fazer tanta coisa, até porque se ele tomasse o meu leite...*”.

No que respeita ao apoio dos profissionais de saúde, durante esta gravidez, diz sentir-se satisfeita, salientando que “*explicam muita coisa que eu não sei*”.

Sadu tem boa aparência física e aspecto cuidado. Apresentou-se triste. Chorou algumas vezes durante a entrevista.

Existe, por vezes, dificuldade na comunicação.

Mafiné – E27

Mafiné tem 35 anos. Nasceu em Angola e vive no Concelho de Sintra há quatro anos, altura em que veio para Portugal. Frequentou o 8.º ano de

escolaridade e encontra-se desempregada. Teve quatro filhos, tendo apenas uma filha viva, com quatro anos, com quem vive. Os outros três filhos morreram – o primeiro com um ano de vida com sarampo, o segundo com quatro anos com anemia e o terceiro, com dois anos, por acidente de viação.

A actual gravidez foi desejada e programada porque ela e o companheiro queriam mais um filho. Soube da sua seropositividade para o VIH 1 em Agosto de 2004, altura em que tinha cerca de catorze semanas de gestação. Fez amniocentese em Setembro devido ao factor de risco associado à idade materna. Faltou à ecografia e consulta de obstetrícia após o exame e à consulta de infecciologia em Outubro e em Novembro.

Revelou o diagnóstico à tia e ao companheiro, de quem não sabe a condição serológica.

Desconhece a possível causa da sua contaminação, salientando, contudo, que teve uma gravidez ectópica há dois anos, tendo feito nessa altura uma transfusão sanguínea, motivo que o companheiro atribui à sua infecção, opinião contrariada por ela “*eu tenho dúvidas, no hospital não vão dar sangue infectado...*”.

Sabe que a seropositividade pode provocar diarreias, dores no corpo e mau estar.

A sua maior preocupação é se o bebé não nasce saudável.

No que respeita ao apoio dos profissionais de saúde, durante esta gravidez, diz sentir-se satisfeita, referindo que ninguém pode fazer nada e que “*tem os medicamentos sem ter que os comprar*”.

Mafiné tem boa aparência física e aspecto cuidado. É simpática, tem um sorriso fácil e bonito. Mostra-se calma e tranquila.

A comunicação foi fácil. Mostra-se segura do que está a dizer, embora tenha feito alguns períodos de silêncio, ao longo da entrevista.

Escolástica – E28

Escolástica tem 26 anos. Nasceu em Portugal, de pais Cabo-Verdianos. Vive no Concelho de Amadora há três anos. Frequentou o 8.º ano de escolaridade e é empregada de limpeza. Tem uma filha de quatro anos que vive com ela. Esta gravidez não foi desejada nem planeada porque “*tinha um bocadinho de medo por causa do meu problema*”. Sabe da sua seropositi-

vidade para o VIH 1 desde 1998, altura em que teve vários internamentos no serviço de medicina. Tem Hepatite B. Não revelou o diagnóstico a ninguém porque *“não tenho ninguém de confiança para contar”*. O companheiro é seronegativo. Tem registos de várias faltas nas consultas de cirurgia, medicina e infecciologia do hospital. Foi referenciada à consulta de obstetrícia em Novembro, quando tinha cerca de dezasseis semanas de gestação.

Sobre as causas possíveis da sua contaminação refere que *“há dezasseis anos fumei mas não injectei, companheiros tive vários, mas não posso ter a certeza como foi...”*.

Desconhece os efeitos da seropositividade.

A sua maior preocupação é se a criança vai ficar infectada.

No que respeita ao apoio dos profissionais de saúde, durante esta gravidez, diz sentir-se satisfeita, referindo no entanto que *“gostava que me explicassem mais sobre isso”*.

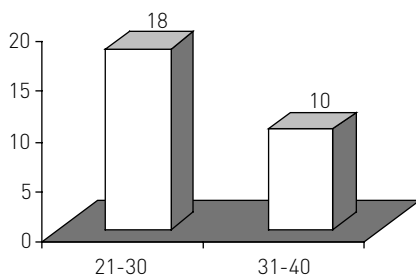
Escolástica tem boa aparência física e aspecto cuidado.

Manteve-se triste durante toda a entrevista, fixando os olhos no chão muitas vezes e por longos períodos.

A comunicação foi fácil, apesar de por vezes ser preciso insistir nas perguntas para se obter as respostas, que eram curtas, com muitos momentos de silêncio. Quando a entrevista terminou chorou muito, durante algum tempo. Perguntou-se se queria falar um pouco sobre o que a incomodava, ao que respondeu negativamente.

5.4.2. Identificação dos Sujeitos

Neste subcapítulo serão apresentados dados referentes à caracterização dos Sujeitos no que diz respeito às seguintes características: Grupo Etário, Escolaridade, Estado Civil, Estrutura Familiar, Familiares em Portugal, Situação Profissional Actual, Concelho de Residência e Religião.

Figura 1 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Grupo Etário⁷⁶

Na Figura 1, pode observar-se a distribuição das grávidas pelos dois níveis etários representados, verificando-se que 64,3% das grávidas têm entre 21 e 30 anos e 35,7% têm entre 31 e 40 anos, respectivamente. A média de idades da amostra é de 28,2 anos, num intervalo dos 21 aos 36 anos.

Verifica-se que as grávidas do presente estudo se encontram em plena idade activa⁷⁷, factor importante quando se analisa a sua inserção no mercado de trabalho, em Portugal.

Para além disso, e ainda no que respeita à variável idade, verifica-se também que a população estudada apresenta uma idade média inferior à idade média da população em Portugal, em 2001, cujo valor era de 39,5 anos, o que está de acordo com os dados demográficos que mostram que a população estrangeira dos continentes africano e americano possuem idades médias mais baixas, distanciando-se em nove anos da idade média dos portugueses (Rosa *et al.*, 2003).⁷⁸

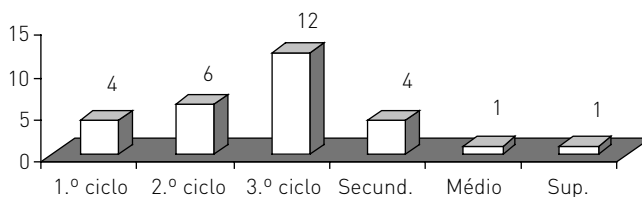
Outro aspecto importante a salientar é o facto das grávidas se encontrarem no período fértil⁷⁹, factor considerado essencial quando se analisar aspectos ligados à história obstétrica, como por exemplo o desejo de voltar a engravidar.

76. Neste estudo considerou-se Grupos Etários de 10 anos

77. O conceito de “idade activa” obedece a um critério algo subjectivo, uma vez que as idades típicas de entrada e abandono da vida economicamente activa variam de acordo com a época e o tipo de sociedade, nomeadamente com o seu grau de desenvolvimento, (Pereira, 2002). Contudo considera-se, que para a realidade actual portuguesa, a população deste estudo se encontra em plena “vida economicamente activa”.

78. Rosa *et al.* (2003) salientam que, embora na década de 90 tenha existido um significativo envelhecimento da população residente em Portugal, o mesmo teria sido muito superior se não se tivesse verificado a existência de efectivos de nacionalidade estrangeira.

79. Rosa *et al.* (2003) revelam que existe uma concentração particularmente significativa de mulheres no período fértil, nas populações estrangeiras do continente africano, nomeadamente nas nacionalidades santomense, angolana e cabo-verdiana, comparativamente à percentagem das mulheres portuguesas no mesmo período.

Figura 2 – Distribuição dos Sujeitos segundo a Escolaridade

No que se refere à escolaridade (Figura 2), verifica-se que a quase totalidade das grávidas, vinte e duas, têm uma escolaridade igual ou inferior ao 3.º ciclo do ensino básico.

Doze grávidas referiram ter frequentado o 3.º ciclo (o que corresponde a 42,9% da amostra), mas apenas uma completou o nível indicado. Das que não completaram o 3.º ciclo, sete concluíram o 8.º ano e quatro o 7.º ano, respectivamente.

Seis grávidas (o que corresponde a 21,4% da amostra) referiram ter frequentado o 2.º ciclo do ensino básico, embora três grávidas não o tenham completado, ficando estas apenas com o 5.º ano de escolaridade.

Quatro grávidas referiram ter frequentado, respectivamente, o 1.º ciclo do ensino básico e o ensino secundário, isto é 14,3% de representatividade para cada nível de escolaridade. No entanto, no que respeita ao 1.º ciclo, apenas três grávidas completaram o nível, existindo uma (*Maimuna*, E3) que apenas fez dois anos de escolaridade. Relativamente ao ensino secundário, verifica-se que apenas uma grávida completou este nível, duas fizeram o 11.º e uma o 10.º ano, respectivamente.

No que diz respeito ao ensino médio e superior, registou-se em cada nível uma grávida, o que corresponde a 7,2% da amostra, tendo ambas completado o nível indicado.

Relativamente à grávida que possui o curso médio (*Oksana*, E19), é de salientar que é de nacionalidade ucraniana e que refere ter realizado, após o 10.º ano, um “Curso Profissional de Cozinha”, que lhe conferiu a equivalência ao ensino secundário, seguido de um “Curso de Organização de Refeitórios”, com a duração de três anos, conferindo a equivalência ao curso médio.

Considera-se que o nível elevado de escolaridade desta grávida, comparativamente ao nível das restantes grávidas da amostra, pode corresponder ao facto de se tratar de uma imigrante do Leste Europeu, o que está de

acordo com o padrão de escolaridade, a nível nacional, dos imigrantes oriundos desta região.

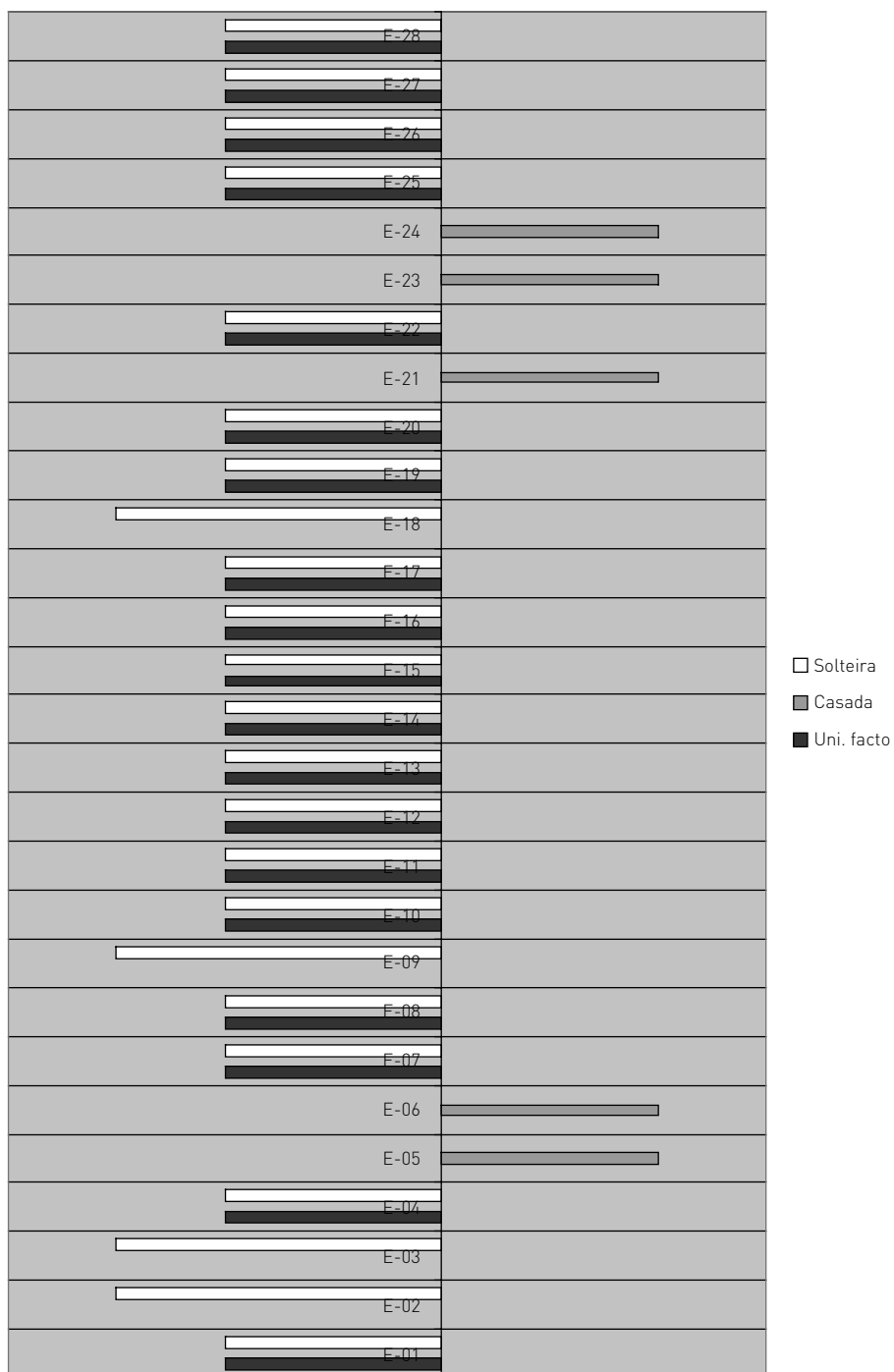
Por outro lado, a grávida que possui o curso superior (*Domingas*, E16) refere ter a licenciatura em Economia e, ainda, o primeiro ano do Curso de Letras. Sabe falar Francês, Inglês e Polaco. Esta grávida, de nacionalidade angolana, saiu do seu país há catorze anos, com onze anos de idade, para acompanhar a mãe que é funcionária da Embaixada Angolana. Esteve em França e na Polónia e está em Portugal há dois anos e meio, continuando a acompanhar a mãe no seu trabalho.

Parece poder concluir-se que um dos motivos possíveis desta grávida possuir um nível de escolaridade muito superior ao apresentado pelas outras oriundas dos PALOP, se deve ao facto de se ter ausentado do seu país enquanto adolescente e ao ambiente sociocultural, aliado à capacidade económica familiar, ter facilitado a concretização dos referidos estudos.

No que respeita ao ensino secundário e ao 3.º ciclo do ensino básico, verifica-se uma predominância de grávidas de origem angolana seguida da guineense. Das onze grávidas que nasceram em Angola, dez distribuem-se por estes dois níveis de escolaridade, o mesmo acontecendo à metade das grávidas guineenses, em que três do total de seis se encontram nos referidos níveis de ensino. Os presentes resultados parecem contrariar os referidos por Machado e Perista (1997)⁸⁰, o que pode estar ligado à evolução das características da população feminina imigrante ao longo do tempo.

80. *Vide* Subcapítulo 2.4.2. – Caracterização da População Feminina Imigrante.

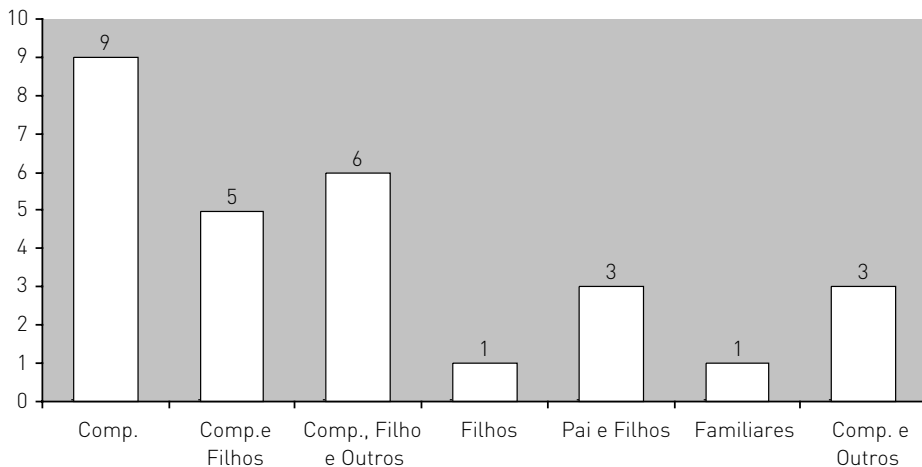
Figura 3 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Estado Civil



Quanto ao estado civil, verifica-se que vinte e três grávidas são solteiras e cinco são casadas (o que corresponde respectivamente a 82,1% e 17,9% da amostra) conforme se pode verificar na Figura 3. Contudo, das grávidas solteiras, dezanove referem viver em União de Facto com os seus companheiros, o que corresponde a 67,9% do total da amostra.

Relacionou-se a nacionalidade dos companheiros com a das grávidas, verificando-se no estudo que, tal como refere Machado e Perista (1997), as imigrantes guineenses têm na generalidade companheiros de igual nacionalidade. Na realidade, apenas uma grávida guineense tem o companheiro de nacionalidade portuguesa. O mesmo acontece com as grávidas angolanas em que das onze, nove têm companheiros da mesma nacionalidade.

Figura 4 – Distribuição dos Sujeitos segundo a Estrutura Familiar



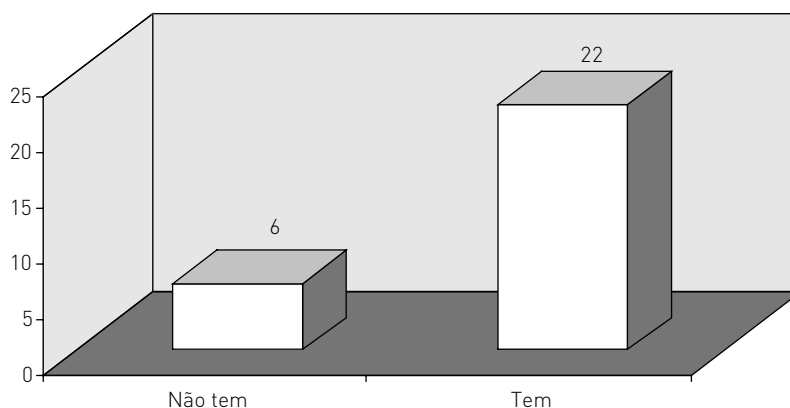
Quanto ao tipo da estrutura familiar, verifica-se, através da leitura da Figura 4, o predomínio do agregado familiar nuclear. Na realidade, catorze grávidas, isto é metade da amostra, vivem com o companheiro ou o companheiro e filhos. Nove grávidas (32% da amostra) vivem em núcleo familiar alargado, mas reduzido a mais um ou dois elementos familiares, sendo o mais frequente a existência dos cunhados de um dos membros do casal. As restantes cinco grávidas (18% da amostra) vivem com outros familiares, sendo a situação mais comum a habitação conjunta com o pai e os filhos (três grávidas), seguida da habitação apenas com os filhos (uma grávida) e com uma prima (uma grávida).

Relacionou-se o país de nascimento das grávidas com o tipo de estrutura familiar, verificando-se que das nove grávidas que vivem apenas com o

companheiro, quatro são guineenses, três são angolanas, uma é cabo-verdiana e uma ucraniana.

Das grávidas que vivem com os companheiros e os filhos, três são angolanas, uma santomense e uma cabo-verdiana. Deste modo, pode concluir-se que a maioria das grávidas guineenses e angolanas se inserem no tipo “clássico” de família nuclear. No que se refere às imigrantes guineenses os dados encontrados parecem opor-se aos indicados por Machado e Perista (1997).⁸¹

Figura 5 – Distribuição dos Sujeitos segundo a existência de Familiares em Portugal



Como se pode verificar através da Figura 5, 78,6% das grávidas têm família em Portugal e 21,4% não têm qualquer familiar neste país. Das que têm familiares em Portugal, apenas duas referem não ter qualquer relação com a família, enquanto que as restantes referem visitarem-se e comunicar apenas por telefone.

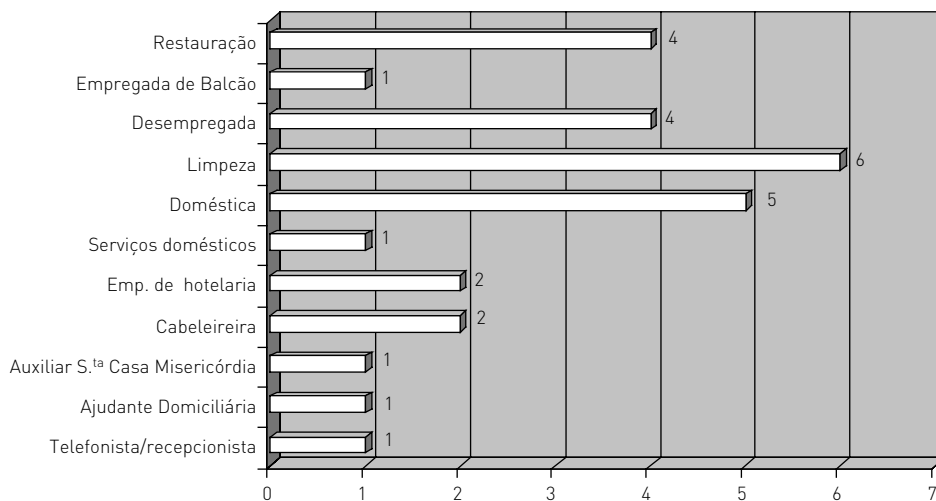
Parece importante salientar que, de facto, a maioria das grávidas possui algum suporte familiar que, embora não seja o ideal ou o suficiente, se pode traduzir num reforço afectivo e efectivo para estas mulheres.⁸²

81. Vide Subcapítulo 2.4.2. – Caracterização da População Feminina Imigrante.

82. Voltar-se-á a abordar o aspecto do suporte familiar das grávidas, ao longo da apresentação e discussão dos resultados, uma vez tratar-se de uma componente bastante significativa nas atitudes e sentimentos das mesmas, bem como no auxílio que poderão ter na forma como desenvolvem estratégias de adaptação à doença.

Contudo, é importante não esquecer as seis grávidas que referiram não ter qualquer familiar em Portugal – *Iracema* (E4); *Abi* (E9); *Naira* (E11); *Binta* (E12); *Calipe* (E13) e *Oksana* (E19) – e analisar como esta situação pode interferir nas respostas dadas a algumas questões durante a entrevista, facto que levará a voltar-se a esta questão posteriormente.

Figura 6 – Distribuição dos Sujeitos segundo a Situação Profissional Actual



Da análise da Figura 6, evidencia-se o número de grávidas domésticas e desempregadas, num total de nove grávidas, perfazendo respectivamente 17,9% e 14,3% do total da amostra.

Os resultados são preocupantes, uma vez que estas mulheres não têm meios próprios de subsistência, ficando completamente dependentes do dinheiro que os seus companheiros queiram dar. A situação de dependência económica agrava-se ainda mais, pois seis grávidas encontram-se ilegais no país e cinco encontram-se a aguardar decisão de legalização (*Vide* Figura 20), o que lhes dificulta a possibilidade de recorrer a subsídios de desemprego e outras fontes de suporte social.

Considera-se importante realçar a situação de *Joselina* (E21) – o companheiro (pai deste bebé) encontra-se preso em Cabo Verde, ela está desempregada e vive sozinha com o pai e o filho de onze anos, fruto de outra união. Tem, ainda, outro filho de oito anos que vive com o pai.

As grávidas que têm, actualmente, uma vida profissional activa distribuem-se pelas seguintes actividades: empregada de limpeza (21,4%); restauração (14,3%); empregada de hotelaria (7,1%); cabeleireira (7,1%);

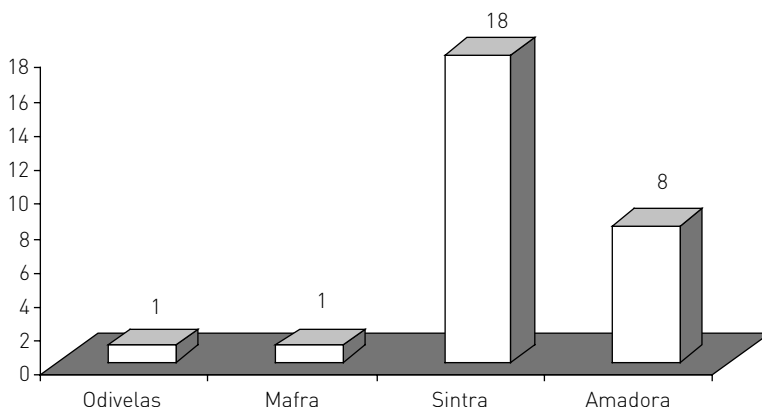
telefonista (3,6%); ajudante domiciliária (3,6%); auxiliar da Santa Casa da Misericórdia (3,6%).

Evidencia-se, desta forma, o tipo de actividade associado a situações precárias de emprego e, também, a salários baixos. Mesmo as grávidas com maior nível de escolaridade apresentam uma actividade profissional indiferenciada, o que parece estar ligado à dificuldade de inserção no mercado de trabalho por parte dos imigrantes (realidade também verificada, actualmente, para a população autóctone).

No caso concreto da *Domingas* (E16) e da *Oksana* (E19), grávidas que possuem o maior nível de escolaridade da amostra, verifica-se uma desadequação entre as suas qualificações e as actividades desenvolvidas – *Domingas* (com o curso superior) trabalha na área de restauração e *Oksana* (com o curso de médio em restauração) trabalha como empregada de balcão. Provavelmente, esta última situação pode dever-se, entre outras razões já supra citadas, à dificuldade em se reconhecer a equivalência de alguns cursos realizados no Leste Europeu.

No entanto, é de salientar que as entrevistadas não parecem reconhecer dificuldades na integração no mercado de trabalho, ou pelo menos não as valorizam, pois não as apontam nas perguntas referentes às “dificuldades no momento de chegada a Portugal” e “dificuldades actuais” (Vide Figuras 19 e 20).

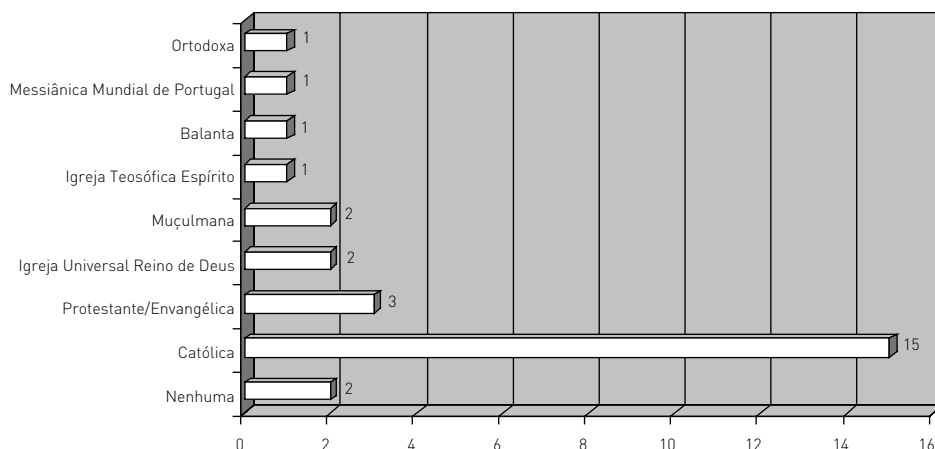
Figura 7 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Concelho de Residência



Conforme se pode verificar pela análise da Figura 7, dezoito grávidas residem no Concelho de Sintra e oito no Concelho de Amadora, o que equivale a, respectivamente, 64,3 e 28,6% dos sujeitos.

As grávidas que moram no Concelho de Odivelas (*Jussara*, E7) e no Concelho de Mafra (*Oksana*, E19) mudaram de residência há poucos meses, continuando inscritas nos Centros de Saúde de influência do Hospital, motivo pelo qual continuam a sua vigilância neste local.

Figura 8 – Distribuição dos Sujeitos segundo a Religião

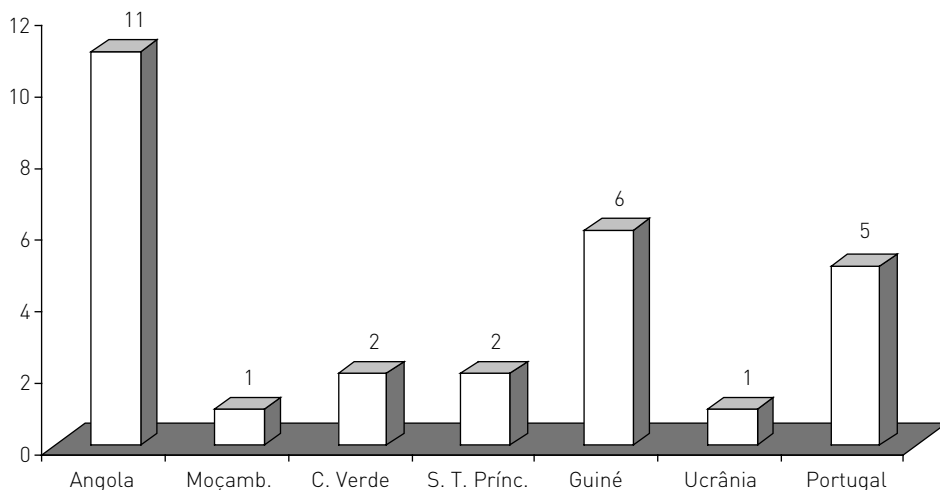


Da análise da Figura 8, evidencia-se o número de grávidas que revelam professar a Religião Católica (15). Duas grávidas referem não ter religião e as restantes distribuem-se por várias crenças e práticas religiosas.

Deve salientar-se que a maioria das grávidas continua a seguir a mesma religião que detinha no seu país de origem, embora não mantenha as mesmas práticas, sendo as razões mais apontadas para o facto “*a falta de tempo e o cansaço*”. Apenas *Mafiné* (E27) diz ter sido católica, mas actualmente ser praticante da Igreja Universal do Reino de Deus, dando como justificação “*porque tive um convite para ir para essa Igreja e ser mais perto de minha casa*”.

5.4.3. Características relativas à Condição de Imigrante

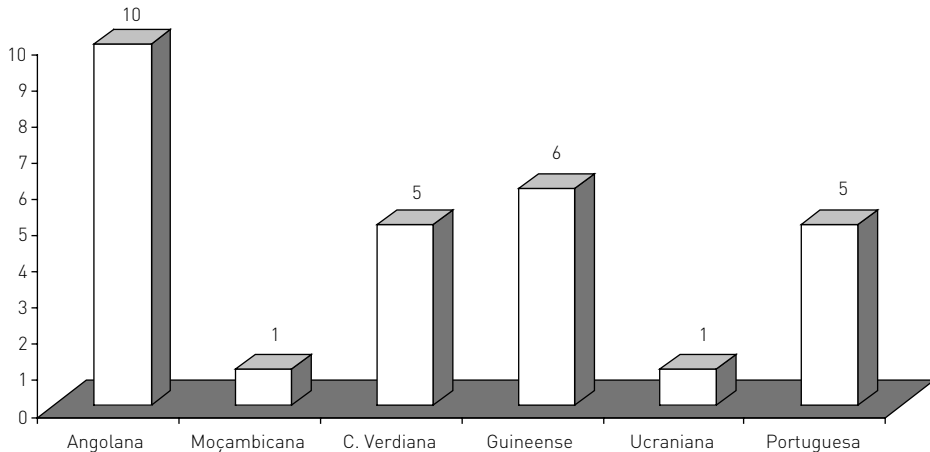
Neste subcapítulo serão apresentados dados referentes à caracterização dos Sujeitos no que diz respeito às seguintes características: País de Nascimento, Nacionalidade, Grupo Étnico, Línguas que falam, Tempo de Saída do País de Origem, Tempo de Permanência em Portugal, Razões para sair do País de Origem, Razões para escolher Portugal, Dificuldades quando chegaram a Portugal, Dificuldades actuais, Regularização do Estatuto de Imigrante e Desejo de voltar ao País de Origem.

Figura 9 – Distribuição dos Sujeitos segundo o País de Nascimento

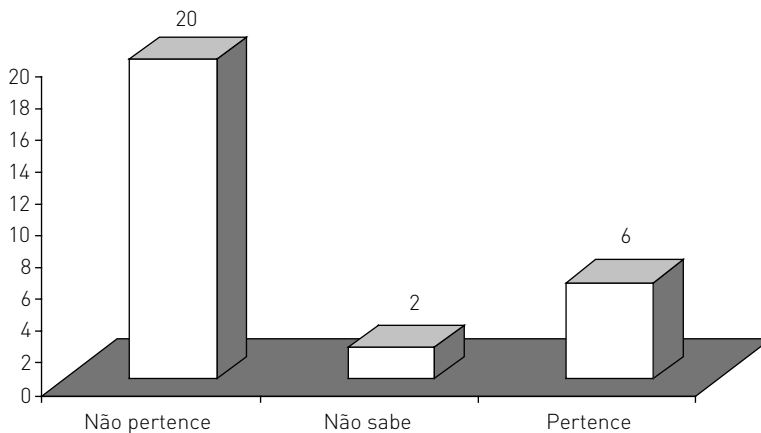
A leitura da Figura 9, permite observar que o país de nascimento das grávidas mais representado é Angola (39,3%), seguido da Guiné (21,4%) e de Portugal (17,9%). Dos restantes países representados como local de nascimento das grávidas, encontra-se Cabo Verde e São Tomé e Príncipe com igual percentagem (7,1%), seguidos de Moçambique e Ucrânia com 3,6% em *ex aequo*.

Deve salientar-se que as cinco grávidas que nasceram em Portugal – *Maimuna* (E3), *Laurentina* (E5), *Joselina* (E21), *Esqueneta* (E25) e *Escolástica* (E28) – têm todas nacionalidade portuguesa excepto a *Maimuna*, que possui nacionalidade cabo-verdiana.

Estas grávidas, filhas de pais imigrantes, são consideradas **imigrantes de segunda geração**, pelo que será importante atentar-se em algumas das suas respostas, de modo a perceber-se de que forma o fenómeno de aculturação possa ter alguma influência nas suas opiniões.

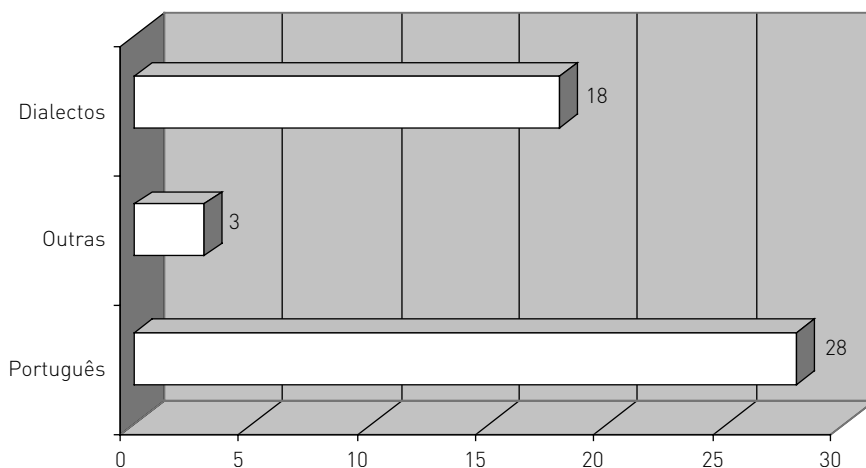
Figura 10 – Distribuição dos Sujeitos segundo a Nacionalidade

No que respeita à nacionalidade, encontram-se diferenças, relativamente ao país de nascimento, uma vez que em algumas situações o país de nascimento não corresponde ao da nacionalidade. É o caso de uma grávida nascida em Angola que tem nacionalidade portuguesa e o de uma nascida em Portugal e duas nascidas em São Tomé e Príncipe que têm nacionalidade cabo-verdiana. Assim, conforme se pode verificar na Figura 10, a nacionalidade angolana é representada por 35,7% das grávidas e as nacionalidades cabo-verdiana e portuguesa por 17,9% cada uma. As restantes participantes mantêm a nacionalidade correspondente ao país de nascimento. É de referir que nenhuma grávida tem dupla nacionalidade.

Figura 11 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Grupo Étnico específico a que pertencem

Conforme se pode analisar pela leitura da Figura 11, vinte grávidas referiram não pertencerem a nenhum grupo étnico específico, seis referiram pertencerem a um grupo étnico específico e duas não sabem se pertencem ou não, o que corresponde, respectivamente, a 71,4%, 21,4% e 7,1% da amostra. Dos grupos étnicos referidos pelas seis grávidas, o mais representado é a *Balanta*, com quatro respostas – *Mamadu* (E2), *Djenabo* (E23), *Dianela* (E24) e *Sadu* (E26) – sendo os restantes – *Ambrige/Luande* e *Kirongo* – referidos por uma grávida, respectivamente – *Josina* (E1) e *Maria Sábado* (E6). As grávidas que referiram pertencer ao grupo étnico Balanta são todas de nacionalidade guineense e as outras duas são de nacionalidade angolana.

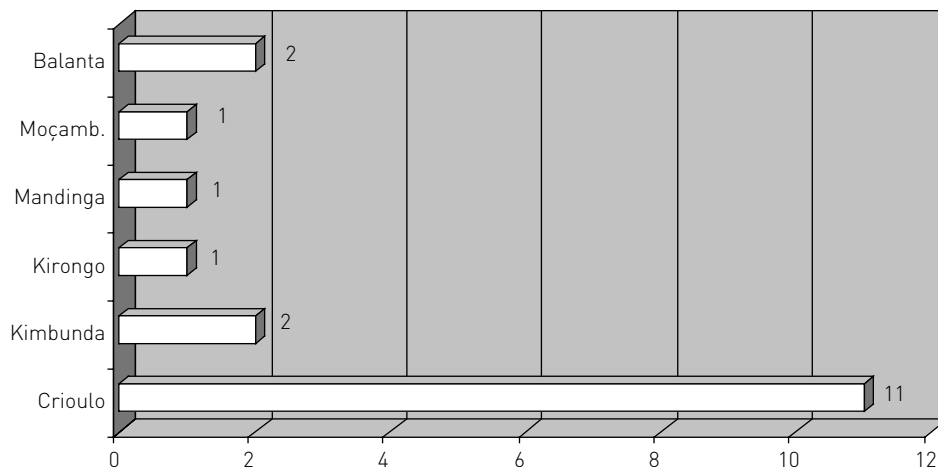
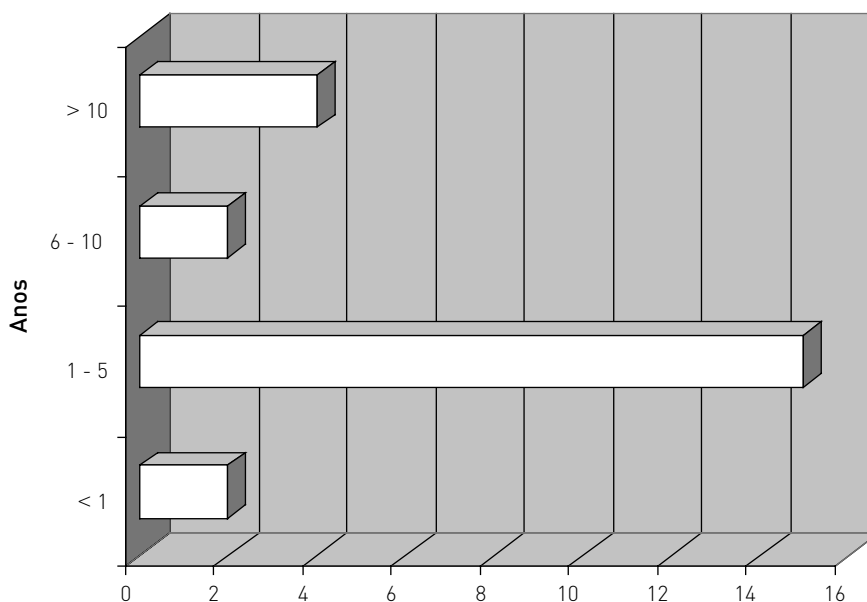
Figura 12 – Distribuição dos Sujeitos segundo as Línguas que falam



Todas as grávidas falam português, embora algumas apresentem fraco domínio da língua portuguesa, nomeadamente *Maimuna* (E3); *Binta* (E12); *Calipe* (E13); *Elau* (E14); *Oksana* (E18); *Quada* (E22); *Djenabo* (E23); *Dianela* (E24); *Sadu* (E26), o que dificultou por vezes a comunicação durante a entrevista.

A análise da Figura 12 permite constatar que três grávidas (10,7%) falam, ainda, outras línguas para além do Português (Francês, Inglês, Polaco, Ucraniano e Russo) e que dezoito (64,3%) falam dialectos.

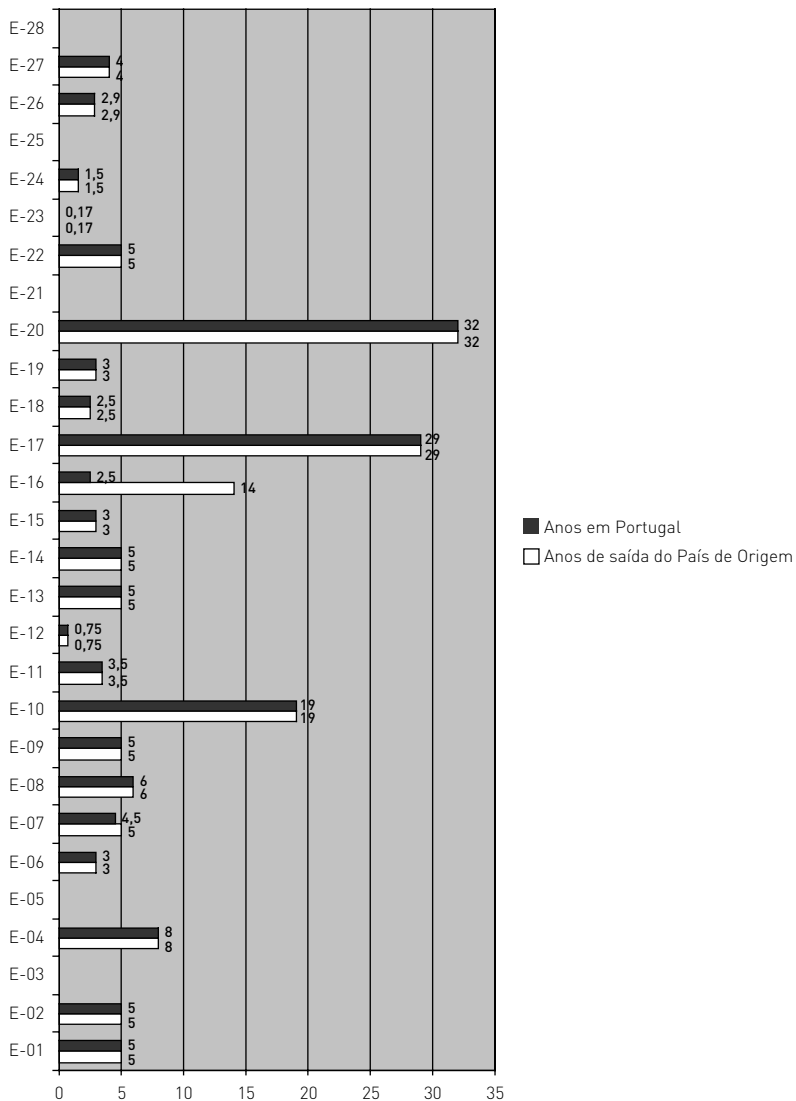
Conforme leitura da Figura 13, o dialecto mais falado é o Crioulo, com onze grávidas.

Figura 13 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Dialecto que falam**Figura 14 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Tempo (anos) de Saída do País de Origem**

Como se pode observar na Figura 14, a maioria das grávidas (15) saiu do seu país de origem entre um e cinco anos, o que corresponde a 65,2% da amostra. Quatro grávidas saíram há mais de dez anos, duas saíram entre os seis e os dez anos e outras duas há menos de um ano.

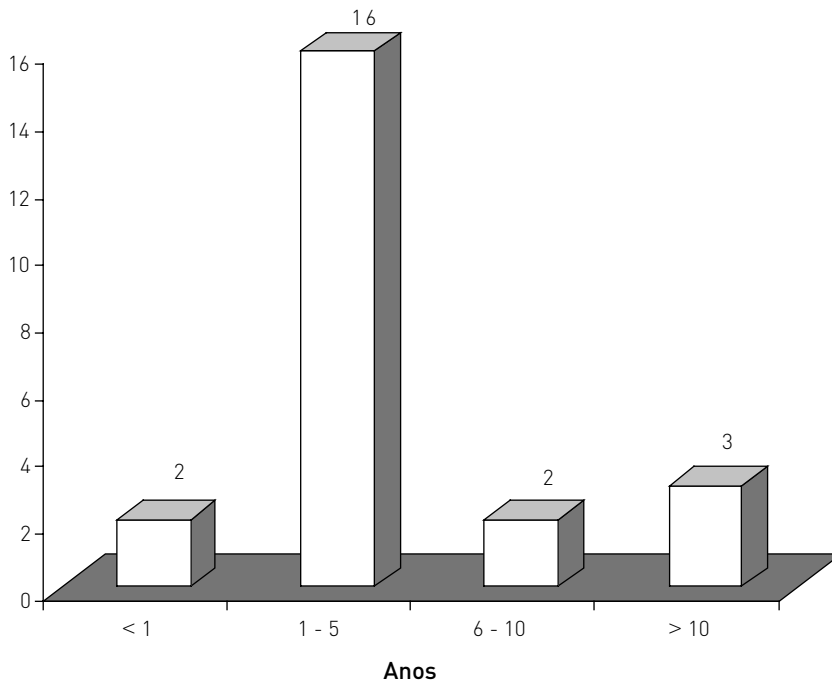
Da análise da Figura 15, pode verificar-se que a maioria das grávidas saiu do seu país de origem com destino a Portugal. Apenas duas grávidas se deslocaram primeiro para outros países, antes de virem para Portugal. É o caso de *Jussara* (E7), que permaneceu meio ano na Holanda para acompanhar o companheiro que tentava arranjar emprego e de *Domingas* (E16) que esteve em França e na Polónia para acompanhar a mãe, na sua actividade profissional, durante cerca de onze anos.

Figura 15 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Tempo (anos) de Saída do País de Origem e de Permanência em Portugal



Assim, relativamente, ao tempo de permanência em Portugal (Figura 16), verifica-se que a maioria das grávidas está em Portugal entre um e cinco anos, o que equivale a 69,6% da amostra. Três grávidas têm uma permanência superior a dez anos, e duas uma permanência entre seis e dez anos, respectivamente.

Figura 16 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Tempo (anos) de Permanência em Portugal



Como se pode verificar pela análise da Figura 17, metade das grávidas saiu do seu país de origem por motivos familiares – sete saíram para virem ter com o companheiro; três para acompanhar a família; três por doença de familiar; uma para acompanhar o companheiro. Das restantes razões apontadas as mais frequentes são: para arranjar emprego, devido à guerra, para férias/aventura, com dois registos para cada uma.

Figura 17 – Distribuição dos Sujeitos segundo as Razões que Levaram a Sair do País de Origem

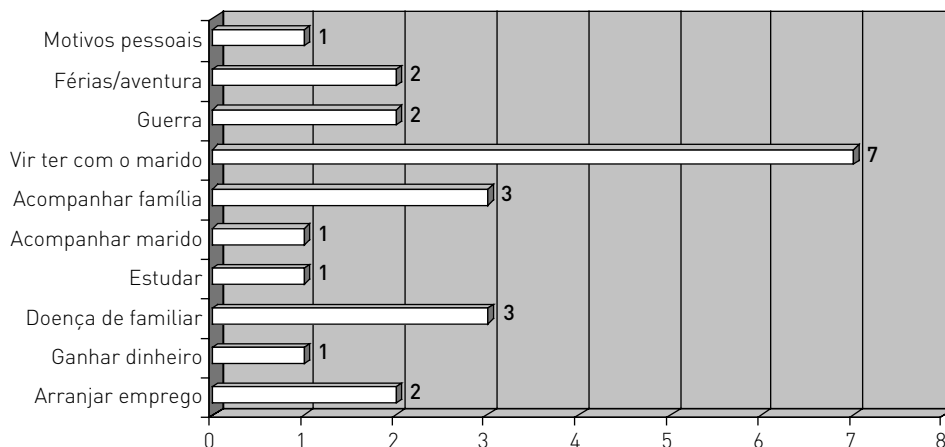
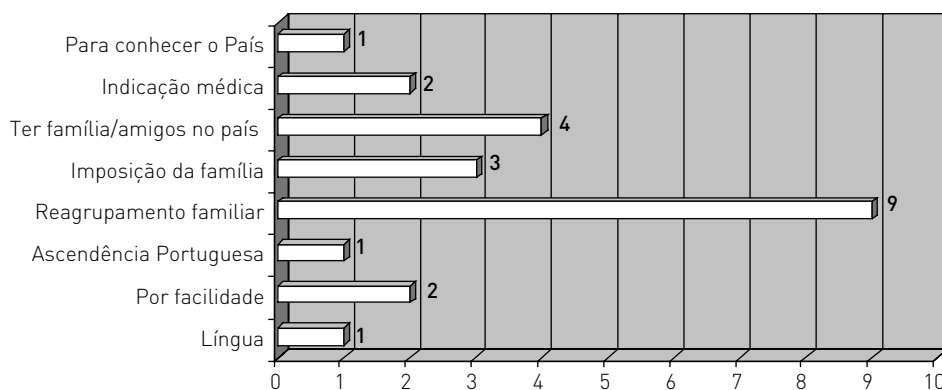


Figura 18 – Distribuição dos Sujeitos segundo as Razões Porque Escolheram Portugal como País de Residência



Parece verificar-se, através da leitura das Figuras 17 e 18, uma evidente relação entre as razões que levaram as grávidas a sair do seu país de origem e a escolherem Portugal como país de residência. Evidencia-se um grande número de grávidas que saíram do seu país por razões familiares – 30,4% da amostra referiu ir ter com o marido; 13,0% referiu ser para acompanhar familiares; 13,0% por doença de familiar e 4,3% para acompanhar o marido – escolhendo Portugal por motivos de reagrupamento familiar (39,1%) e por ter família /amigos neste País (17,4%). Considerou-se separadamente o reagrupamento familiar do facto de terem família em Portugal, tendo-se englobado no primeiro grupo todas as respostas

que indicavam claramente que a razão de escolher Portugal foi vir viver com o marido/companheiro.

Continuando a analisar a Figura 17, verifica-se que apenas três grávidas (13% da amostra) evocaram motivos económicos como razão de saírem do seu país, sendo que duas queriam “arranjar emprego” e uma queria “ganhar dinheiro”. As restantes grávidas apresentaram como razões de saída do país a guerra (8,7%) e a aventura/férias (8,7%). A existência de doença de familiar, estudos e motivos pessoais, foram razões apontadas por uma grávida cada, o que representa respectivamente 4,3% da amostra.

A *Quada* (E22), que apresentou “motivos pessoais” como razão para deixar o país, evocou o facto de querer afastar-se do pai de seu filho e dar a este melhor qualidade de ensino. No que se refere às razões para escolher Portugal para país de residência (Figura 18), verifica-se que os motivos mais apontados, para além dos já referidos – reagrupamento familiar (39,1%) e ter família/amigos neste País (17,4%) – foram a imposição da família (13,0%), a indicação médica (8,7%), ser um país de maior facilidade (8,7%), a língua (4,3%), a ascendência portuguesa (4,3%) e conhecer o país (4,3%).

Relativamente ao item “imposição familiar”, as grávidas incluídas nesta resposta correspondem às que saíram do seu país para acompanhar a família no seu percurso migratório, enquanto crianças, não tendo por isso participado na decisão de saírem do país nem na escolha do país de recepção. É o caso concreto de *Domingas* (E16), que saiu do seu país com onze anos de idade e de *Maizé* (E17) e *Zelda* (E20) que saíram do seu país com quatro anos de idade.

Figura 19 – Distribuição dos Sujeitos segundo as Dificuldades que sentiram quando chegaram a Portugal

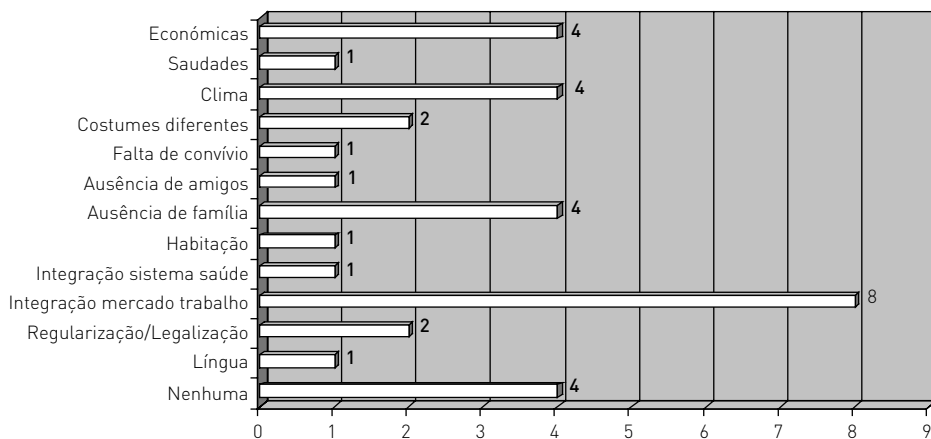
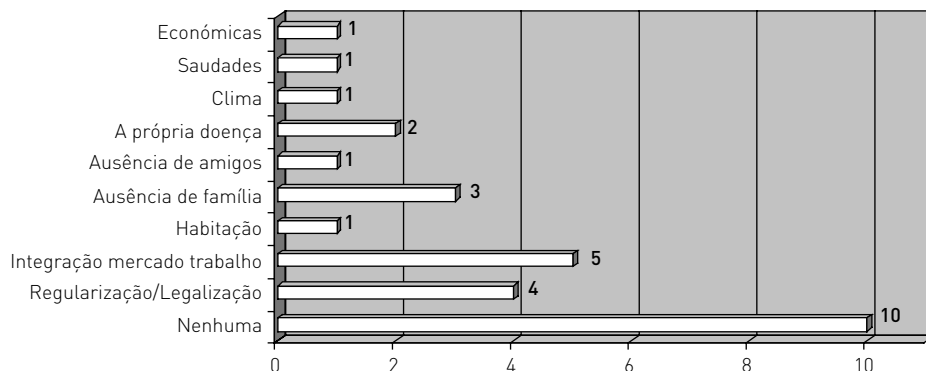


Figura 20 – Distribuição dos Sujeitos segundo as Dificuldades sentidas actualmente

As perguntas “*quais as dificuldades que sentiu quando chegou a Portugal*” e “*as dificuldades que sente actualmente*” permitiam respostas múltiplas, pelo que não se obtém um somatório de respostas equivalente a 100%, em cada uma delas.

A leitura da Figura 19 permite constatar que a maior dificuldade apresentada pelas grávidas no momento da chegada a Portugal foi a integração no mercado de trabalho, referida por oito grávidas (34,8%), seguida pelas dificuldades inerentes ao clima, à ausência de família e a problemas económicos, referidas por quatro grávidas respectivamente, o que equivale a 17,4% para cada uma.

Deve salientar-se que quatro grávidas – *Nareide* (E8), *Abi* (E9), *Domingas* (E16) e *Kubumba* (E18) – referem não terem tido qualquer dificuldade quando chegaram a Portugal (o que equivale a 17,4% da amostra). Tentou-se relacionar esta variável com outras variáveis que se prendem com a caracterização socioeconómica das grávidas e, ainda, com o tempo de permanência no país, mas não se encontrou qualquer relação aparente.

No que se refere às dificuldades actuais, Figura 20, dez grávidas referiram não ter qualquer problema, o que equivale a 43,5% da amostra. Assim, às grávidas que já na pergunta anterior tinham respondido não terem tido dificuldades juntaram-se outras, que inicialmente tinham dificuldades, mas que parece estarem resolvidas. Contudo, existe uma situação contrária à descrita anteriormente. Trata-se de *Nareide* (E8), que inicialmente não apresentava dificuldades e que, actualmente, sente a própria doença como uma dificuldade.

Continuando a analisar a Figura 20, verifica-se que a dificuldade actual referida pelo maior número de grávidas continua a ser a integração no mercado de trabalho (21,7%), seguida de dificuldades na regularização/legalização (17,4%), e dificuldades inerentes à ausência de família (13,0%).

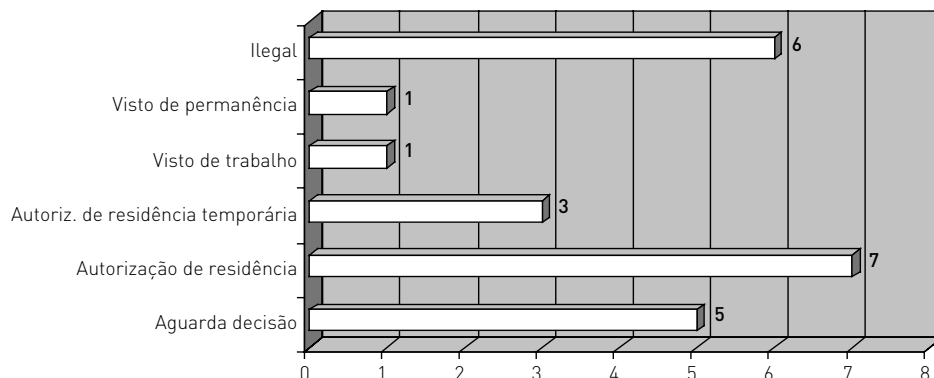
Os problemas de integração no mercado de trabalho parecem ligar-se ao baixo nível de escolaridade das grávidas, aspecto já mencionado anteriormente, e também a factores nacionais, cujos dados mostram que o desemprego está a aumentar (mesmo na população de licenciados). Por sua vez, os aspectos ligados à regularização do estatuto de imigrante são também problemas que se têm revelado difíceis de resolver na conjuntura nacional.

A ausência de família é de facto outro problema importante, pois a família, a par de outros factores psicossociais e ambientais, fornece o suporte essencial para os indivíduos fazerem face aos seus problemas do quotidiano, sobretudo os que se relacionam com a saúde (Ramos, 2004).

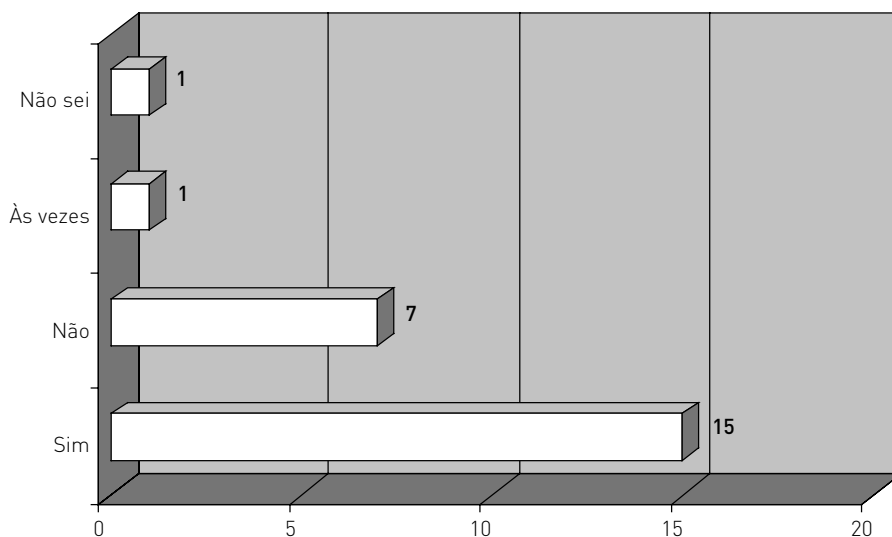
Como já foi referido anteriormente, metade dos sujeitos vive em agregado familiar nuclear (Figura 4), mas a maioria (22) tem família em Portugal (Figura 5) com quem mantem relações habituais.

É de salientar, contudo, que das grávidas que não têm família em Portugal, apenas uma – *Iracema* (E4) – aponta o facto como uma dificuldade sentida no momento de chegada a Portugal e outra – *Naira* (E11) – refere o facto como uma dificuldade actual. Existem duas grávidas – *Mamadu* (E2) e *Sadu* (E26) – que apesar de terem familiares em Portugal (irmã e tia no primeiro caso e primos no segundo), referem a ausência de familiares como uma dificuldade actual.

Esta situação parece mostrar que a ausência de família por si só não constitui um problema para algumas grávidas, enquanto que para outras, mesmo tendo alguns familiares perto de si, sentem que não têm o apoio que desejam ou consideram precisar. Na verdade, este facto pode estar ligado ao grau de parentesco dos familiares existentes em Portugal e ao grau de afectividade entre si.

Figura 21 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Estatuto de Imigrante

No que se refere à situação de imigrante, e pela leitura da Figura 21, pode verificar-se que apenas sete grávidas possuem autorização de residência (30,4%), três autorização temporária de residência (13,0%), uma visto de trabalho (4,3%) e outra visto de permanência (4,3%). Seis grávidas – *Jussara* (E7), *Naira* (E11), *Kubumba* (E18), *Zelda* (E20), *Quada* (E22) e *Mafiné* (E27) – encontram-se ilegais (26,1%) e cinco – *Maria Sábado* (E6), *Nareide* (E8), *Binta* (E12), *Sibila* (E15) e *Djenabo* (E23) – aguardam decisão (21,7%). Esta situação precária, devido por um lado ao problema de ilegalidade e, por outro, pela espera do resultado do processo de legalização ainda a decorrer, pode trazer implicações na inserção destas mulheres no mercado de trabalho e, conseqüentemente, na própria organização da sua vida.

Figura 22 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Desejo de Voltar ao País de Origem

Como se pode verificar pela análise da Figura 22, do total das grávidas que são estrangeiras (vinte e três que nasceram no estrangeiro e uma que nascendo em Portugal tem nacionalidade estrangeira), quinze (62,5%) desejam voltar ao seu país de origem e sete (29,2%) não o pretendem fazer. Uma grávida refere desejar voltar apenas em algumas circunstâncias e outra não sabe o que fazer, o que corresponde a 4,2% para cada situação.

As razões mais apontadas para justificar o desejo de voltar são o facto de estar afastada da família e ter problemas a nível de legalização, conforme se encontram presentes nas seguintes afirmações:

- *“O meu filho e a minha família estão lá...”* (Binta, E12, Guineense, em Portugal há nove meses);
- *“Por causa da falta de documentos. Para estar aqui é só trabalhar e pagar renda e outras coisas. Se houver documentos há mais regalias...”* (Elau, E14, Cabo-verdiana, em Portugal há cinco anos).

As razões mais apontadas para justificar o desejo de não regressarem ao seu país de origem devem-se à existência da seropositividade para o VIH e à falta de condições que acreditam existir nos seus países para o correcto tratamento desta doença, conforme se pode verificar pela leitura das seguintes afirmações:

- *“Morrer de SIDA em África não vale a pena...”* (Jorema, E10, Angolana, em Portugal há dezanove anos);
- *“Lá não tenho o privilégio de ser tratada. Se um dia o tratamento for igual, então penso voltar...”* (Naira, E11, Angolana, em Portugal há três anos e meio);
- *“A saúde aqui é melhor. Agora que tenho esta doença tenho medo que ele nasça com o problema que eu tenho...”* (Sibila, E15, Angolana, em Portugal há três anos).

A justificação para *“por vezes desejar voltar”* encontra-se expressa na seguinte resposta:

- *“Quando fico triste penso voltar, tenho saudades...”* (Mamadu, E2, Guineense, em Portugal há cinco anos).

A grávida que respondeu não saber se deseja voltar ao seu país, fá-lo dizendo:

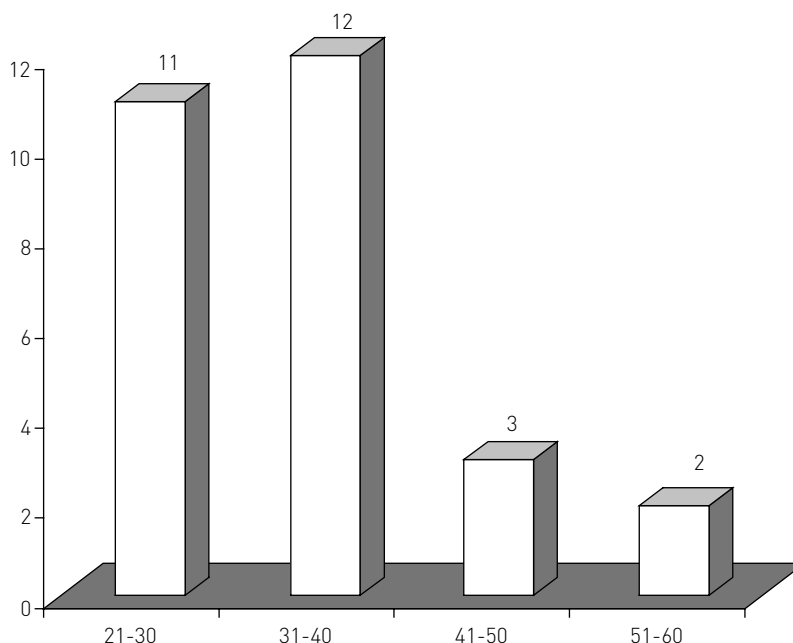
- *“Não sei... quis voltar antes de saber disto, por causa dos meus filho. Agora, penso ter aqui o bebé, fazer as consultas e logo vejo...”* (Calipe, E13, Angolana, em Portugal há três anos).

Procurou-se saber se haveria alguma relação entre a nacionalidade das grávidas e o desejo de voltarem ao seu país de origem, pelo que se relacionou estas duas variáveis. Contudo, concluiu-se que não existe, aparentemente, qualquer ligação entre o desejo de voltar ao seu país e a sua nacionalidade, uma vez que é a nacionalidade angolana a que se encontra em superioridade numérica quer para o caso de desejarem voltar, quer para o caso de não o desejarem fazer.

5.4.4. Caracterização dos Companheiros das Grávidas

Neste subcapítulo serão apresentados dados referentes à caracterização dos Companheiros dos Sujeitos, no que diz respeito às seguintes características: Grupo Etário, País de Nascimento, Nacionalidade, Profissão e Estatuto de Imigrante.

Figura 23 – Distribuição dos Companheiros das Grávidas segundo o Grupo Etário

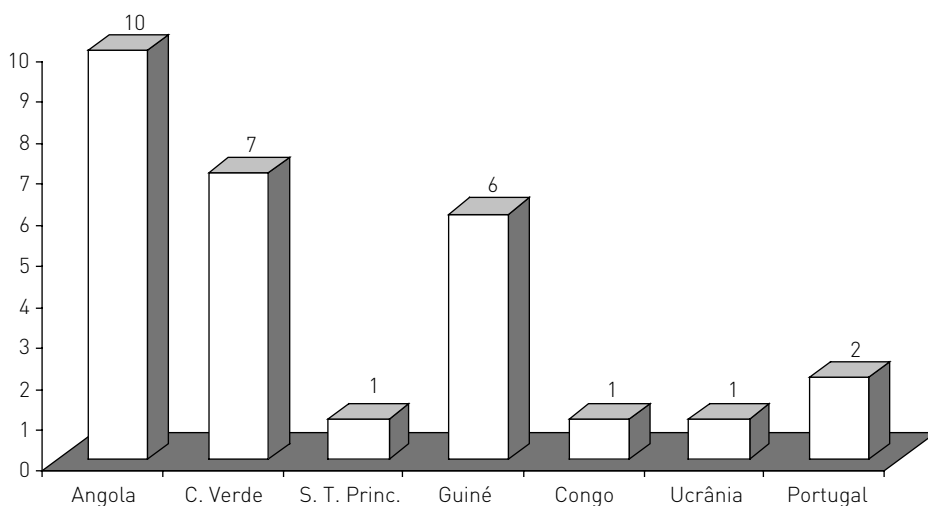


Na Figura 23, pode observar-se a distribuição dos companheiros das grávidas pelos vários grupos etários. Da sua análise, verifica-se que doze dos companheiros (42,9%) pertencem ao grupo etário dos 31 aos 40 anos e onze (39,3%) ao grupo etário dos 21 aos 30 anos. Três companheiros (10,7%) têm entre 41 e 50 anos e dois (7,1 %) entre 51 e 60 anos.

A média de idades dos companheiros das grávidas é de 30,2 anos, num intervalo dos 25 aos 53 anos.

Embora a média de idades dos companheiros seja ligeiramente superior à média de idades das grávidas (28,2 anos), verifica-se que os primeiros se encontram maioritariamente no período considerado habitual para desejarem constituir família e terem filhos.

Figura 24 – Distribuição dos Companheiros das Grávidas segundo o País de Nascimento



Como se pode observar na Figura 24, o país de nascimento dos companheiros das grávidas mais representado é Angola com 35,7% (dez companheiros), seguido de Cabo Verde com 25% (sete companheiros) e de Guiné com 21,4% (seis companheiros). Os restantes países apresentam valores inferiores – Portugal é o país de nascimento de dois companheiros (o que representa 7,1%), São Tomé e Príncipe, Congo e Ucrânia são, cada um, países de nascimento de um companheiro (3,6% cada).

Ao relacionar-se os presentes dados com os da Figura 8, pode referir-se que, apesar do país de nascimento das grávidas mais representado também ser Angola, os restantes não são coincidentes com os resultados encontrados para os companheiros.

Como pode observar-se na Figura 25, a nacionalidade dos companheiros das grávidas mais representada é a angolana, com oito companheiros (28,6%), seguida da caboverdiana e portuguesa, com sete companheiros

cada (25,0%) e da guineense com cinco companheiros (17,9%). As nacionalidades santomense, congolense e ucraniana encontram-se representadas, respectivamente, por um companheiro, o que equivale a 3,6% para cada uma.

Verifica-se que existem dois companheiros com dupla nacionalidade, o companheiro da *Maria Sábado* (E6) e o da *Abi* (E9), que tendo nascido, respectivamente, em Angola e em São Tomé e Príncipe, têm também nacionalidade portuguesa.

Figura 25 – Distribuição dos Companheiros das Grávidas segundo a Nacionalidade

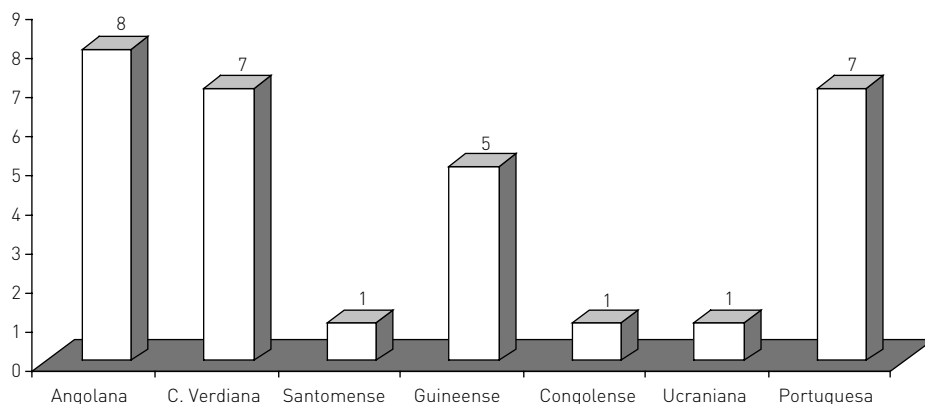
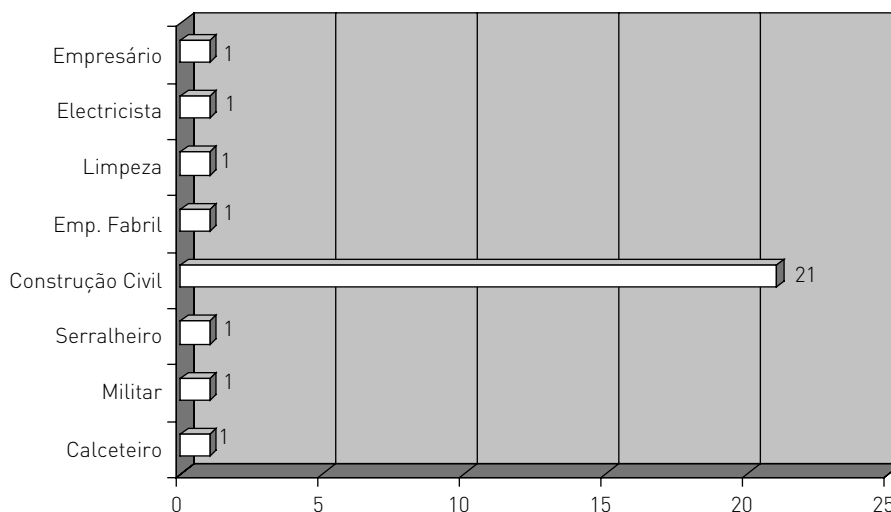
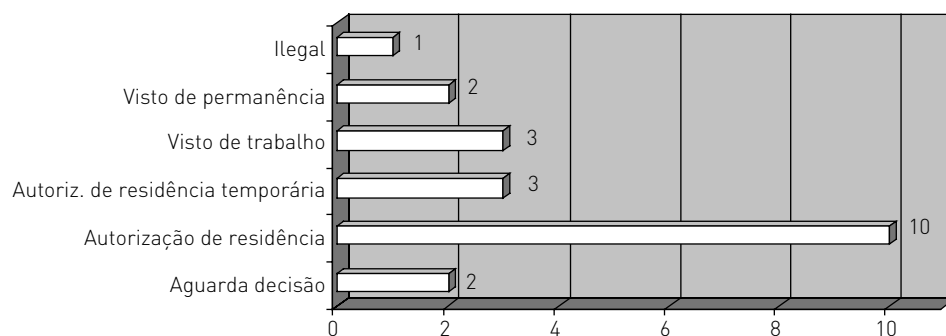


Figura 26 – Distribuição dos Companheiros das Grávidas segundo a Profissão



No que se refere à actividade profissional dos companheiros das grávidas (Figura 26), é de realçar que vinte e um trabalham na construção civil, o que equivale a 75% da amostra. Os restantes sete companheiros distribuem-se por sete actividades, o que corresponde a 3,6% cada, todas ligadas ao sector terciário, conforme se pode concluir da leitura da Figura 26. Esta situação corresponde à realidade nacional, no que concerne à principal actividade dos imigrantes, sobretudo oriundos dos países africanos, (Baganha, 1999; Machado, 1999; Rosa *et al.*, 2003; INE, 2003, 2004).

Figura 27 – Distribuição dos Companheiros das Grávidas segundo o Estatuto de Imigrante



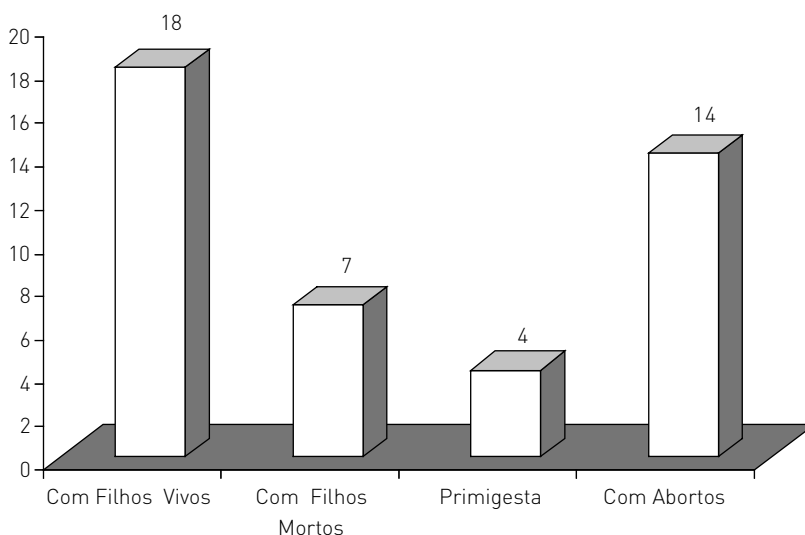
Conforme pode observar-se na Figura 27, dos vinte e um companheiros que detêm nacionalidade estrangeira, dez têm autorização de residência em Portugal, o que equivale a 47,6% da amostra, e três têm, respectivamente, autorização de residência temporária e visto de trabalho, o que corresponde a 14,3% para cada situação. Dois companheiros têm visto de permanência e igual número encontra-se a aguardar decisão de legalização, o que corresponde a 9,5% para cada uma das situações. Apenas um companheiro se encontra em situação de ilegalidade.

Relacionando-se a variável “*Estatuto de Imigrante da Grávida*” (Figura 21) com a variável “*Estatuto de Imigrante do Companheiro*” (Figura 27), verifica-se que as grávidas apresentam uma situação mais desfavorável no que respeita ao seu processo de legalização no país, o que lhes confere, provavelmente, menores oportunidades de inserção na sociedade, em comparação com os seus companheiros. Na realidade, apenas sete grávidas possuem autorização de residência (30,4%), seis encontram-se ilegais (26,1%) e cinco aguardam decisão (21,7%).

5.4.5. Caracterização dos Sujeitos segundo a História Obstétrica

Neste subcapítulo serão apresentados dados referentes à caracterização dos Sujeitos no que diz respeito à sua História Obstétrica – número de filhos vivos e mortos, número de abortos, idade dos filhos, número de gravidezes com e sem problemas – e a sua relação com o desejo da presente gestação. Por último, correlaciona-se o conhecimento da seropositividade face à actual gravidez.

Figura 28 – Distribuição dos Sujeitos segundo a História Obstétrica

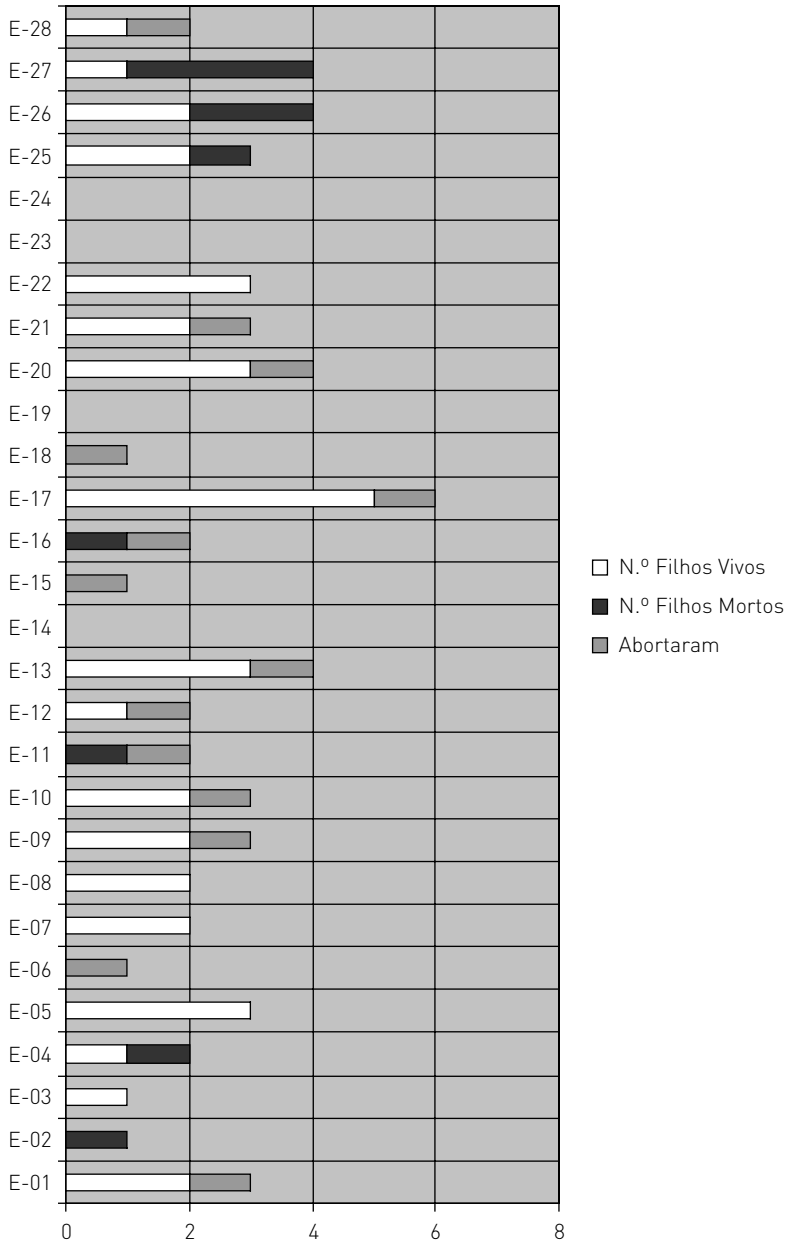


A Figura 28 mostra, de uma forma global, a história obstétrica dos sujeitos. Pela sua análise, verifica-se que dezoito grávidas têm filhos vivos, o que corresponde a 64,3% da amostra.

As razões para as restantes dez mulheres não terem filhos são várias, o que pode ser analisado pela leitura conjunta das Figuras 28 e 29.

Registam-se sete grávidas que já perderam filhos, das quais três não têm filhos vivos presentemente – *Mamadu* (E2), *Naira* (E11) e *Domingas* (E16). Quatro grávidas são primigestas, isto é, nunca estiveram grávidas anteriormente – *Elau* (E14), *Oksana* (E19), *DJenabo* (E23) e *Dianela* (E24). Das mulheres que já tiveram pelo menos um aborto, o que corresponde a metade da amostra, há três que não têm filhos – *Maria Sábado* (E6), *Sibila* (E15) e *Kubumba* (E18).

Figura 29 – Distribuição do número de Filhos Vivos, Filhos Mortos e Abortos pelos Sujeitos



Das dez mulheres que não têm filhos, quatro são guineenses – *Mamadu* (E2), *Kubumba* (E18), *Djenabo* (E23) e *Dianela* (E24). Continuando a ana-

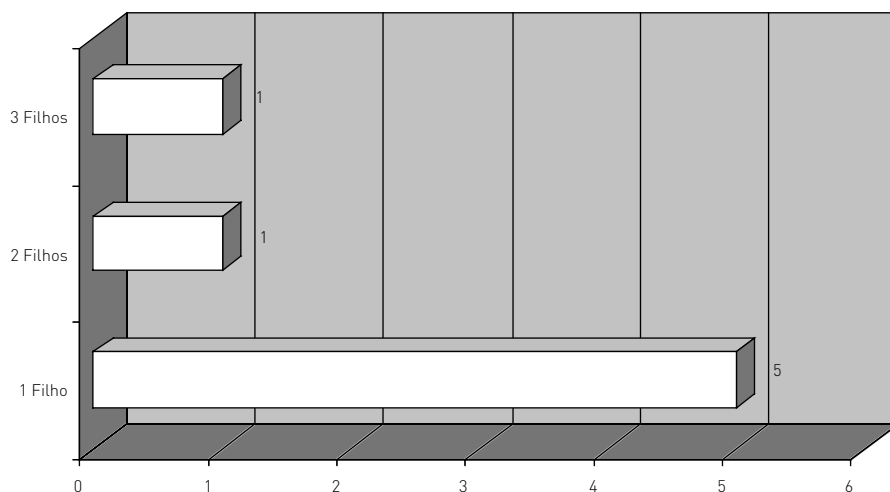
lizar as grávidas guineenses, verifica-se que uma – *Binta* (E12) – tem um filho e outra – *Mafiné* (E26) – tem dois filhos. Estes resultados parecem assemelhar-se aos referido por Machado e Perista (1997), em que as imigrantes guineenses têm habitualmente um ou dois filhos.

No que respeita ao país de nascimento dos seus filhos, verifica-se que nasceram todos na Guiné, contrariando os dados dos autores supracitados, o que parece relacionar-se com o tempo de saída do país de origem e de permanência em Portugal (*Vide* Figura 15).

Apresentar-se-ão, de seguida, algumas Figuras que pretendem ilustrar, de forma mais pormenorizada, alguns dados referentes à história obstétrica dos sujeitos, com o objectivo de se compreender melhor o seu enquadramento.

A Figura 30 mostra a distribuição das grávidas segundo o número de filhos que lhes morreram, constatando-se que cinco grávidas já perderam um filho, uma já perdeu dois filhos e outra já perdeu três filhos.

Figura 30 – Distribuição dos Sujeitos segundo o número de Filhos Mortos

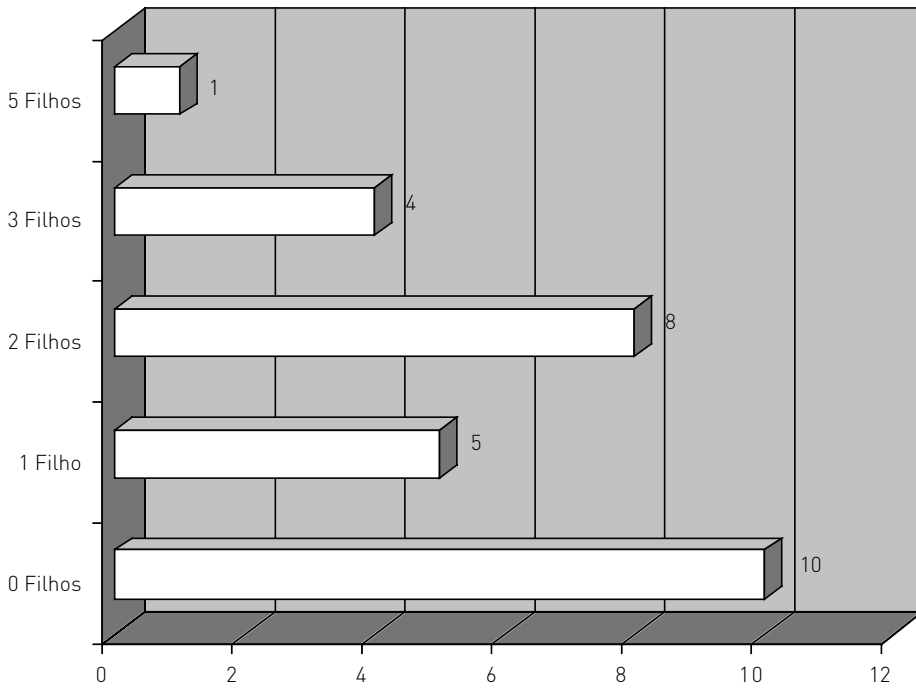


Conforme se pode verificar pela análise da Figura 31, as dezoito grávidas que têm filhos vivos distribuem-se de seguinte forma – oito têm dois filhos, cinco têm um filho, quatro têm três filhos e uma tem cinco filhos.

Como se pode constatar, a maioria das grávidas tem mais de um filho, o que vem de encontro aos dados nacionais, no que respeita à taxa de nata-

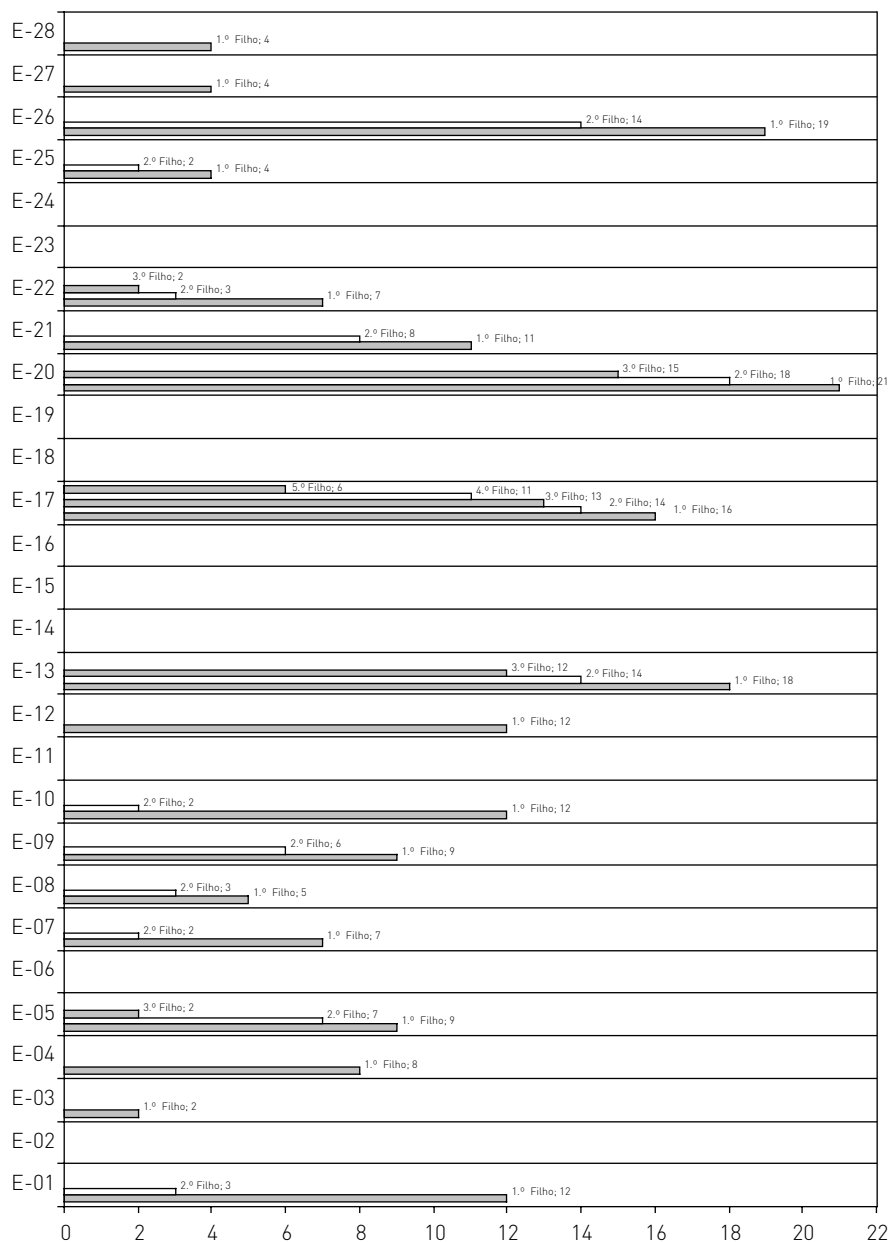
idade e fecundidade feminina (e masculina) da população estrangeira face à autóctone (Vide Quadro 6).

Figura 31 – Distribuição dos Sujeitos segundo o número de Filhos Vivos



Pela análise da Figura 32, verifica-se que quatro grávidas têm todos os seus filhos com idades superiores a dez anos, das quais se salienta *Zelda* (E20), cujo filho mais novo tem quinze anos e o mais velho vinte e um. Quatro grávidas têm filhos, exclusivamente, com menos de cinco anos de idade.

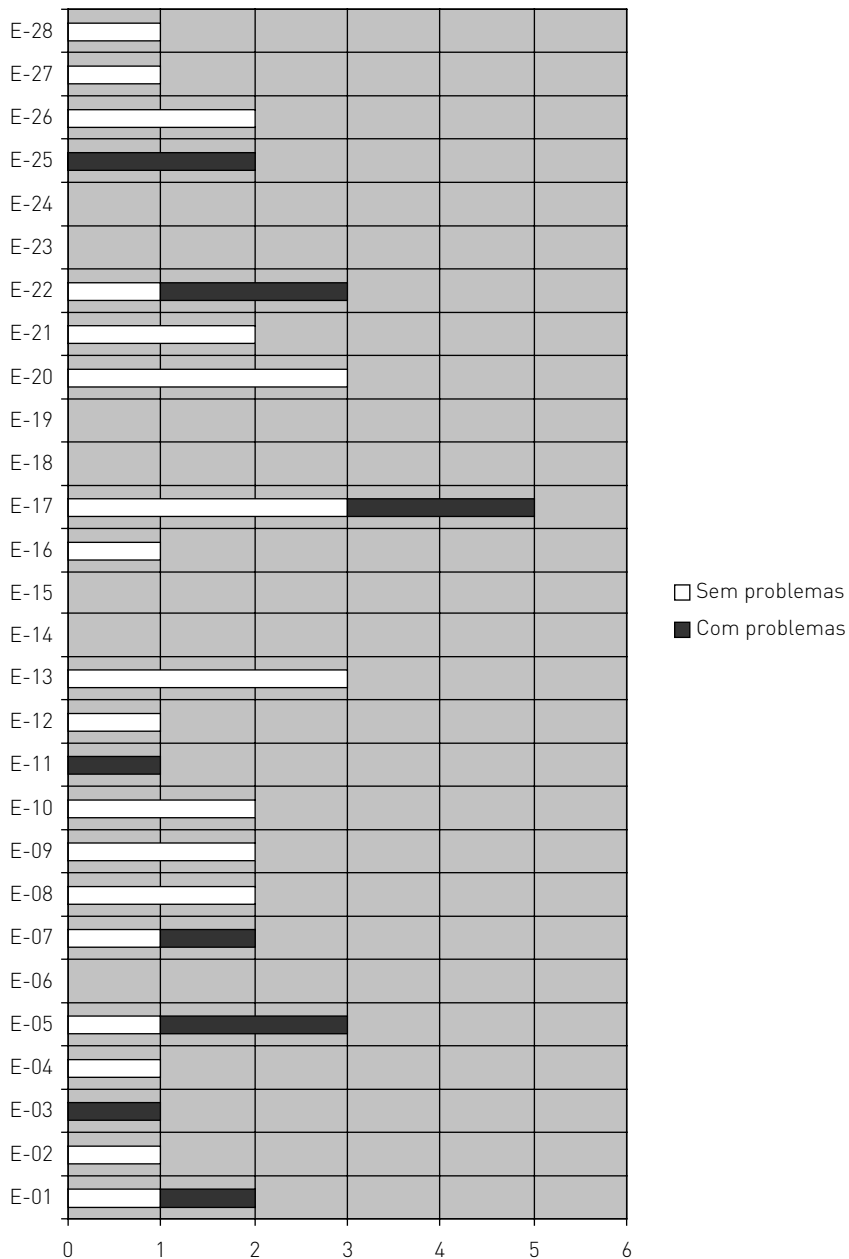
Figura 32 – Distribuição do número e idade dos Filhos pelos Sujeitos



Pela análise da Figura 33, verifica-se que, no total, apenas oito grávidas revelam ter tido gravidezes anteriores com problemas. As razões apontadas para o efeito foram a existência de seropositividade (com oito

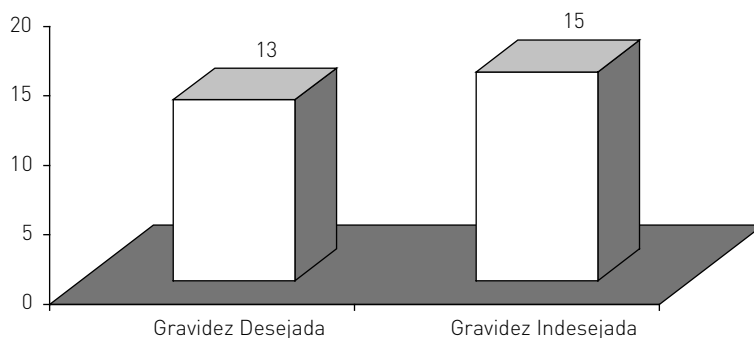
registos), a toxicodependência (com um registo), a hipertensão arterial (com dois registos) e a baixa de plaquetas (com um registo).

Figura 33 – Distribuição dos Sujeitos segundo a opinião sobre como decorreram as Gravidezes anteriores



Deve salientar-se o facto de, apesar de existirem mais grávidas que já vivenciaram gravidezes anteriores na presença de seropositividade, como é o caso de *Nareide* (E8), *Jorema* (E10) e *Escolástica* (E28), não considerarem o acontecimento como sendo uma gravidez de risco.

Figura 34 – Distribuição do Sujeitos segundo o Desejo da Actual Gravidez



Como se pode verificar pela leitura das Figuras 34 e 35, treze grávidas desejaram a actual gravidez, o que corresponde a 46,4% da amostra.

Na realidade, verifica-se que o facto de não ter filhos potencia o desejo da gravidez, assim como o facto de já os ter reduzir esse mesmo desejo.

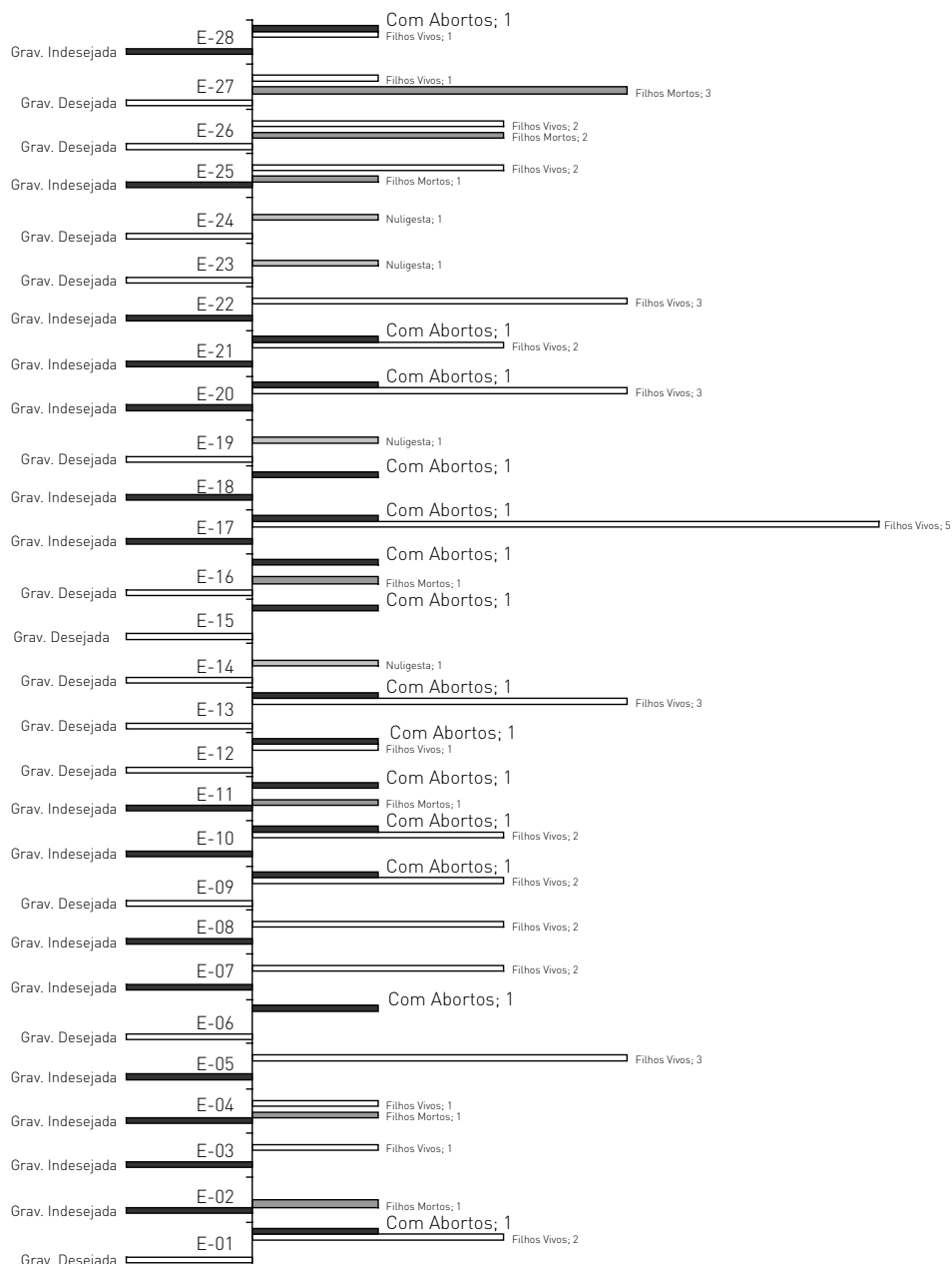
Relativamente ao grupo de mulheres que já abortaram, regista-se um valor semelhante no que respeita ao desejo ou não de engravidar (cerca de 50%), pelo que a existência de aborto não parece ser factor decisivo no desejo da actual gravidez.

Em relação à existência de filhos mortos, verifica-se um valor idêntico entre as mulheres que desejaram a actual gravidez e as que não a desejaram (cerca de 25%), pelo que não parece ter grande significado no desejo de engravidar de novo.

Analisando o grupo das grávidas que desejaram a actual gestação, verifica-se que se distribuem da seguinte forma: quatro são mulheres que nunca estiveram grávidas anteriormente – *Elau* (E14), *Oksana* (E19), *DJenabo* (E23) e *Dianela* (E24) – duas já tiveram abortos mas não têm filhos – *Maria Sábado* (E6) e *Sibila* (E15) – uma já teve abortos e um filho que faleceu – *Domingas* (E16) – e seis que, independentemente da ocorrência de abortos ou morte de filhos, têm filhos vivos actualmente.

É de salientar que *Mamadu* (E2), apesar de não ter filhos e tendo-lhe falecido um, não deseja a actual gravidez.

Figura 35 – Relação da História Obstétrica dos Sujeitos e o Desejo da Actual Gravidez



A Figura 36 correlaciona o conhecimento da condição serológica para o VIH, dos sujeitos, face à actual gravidez.

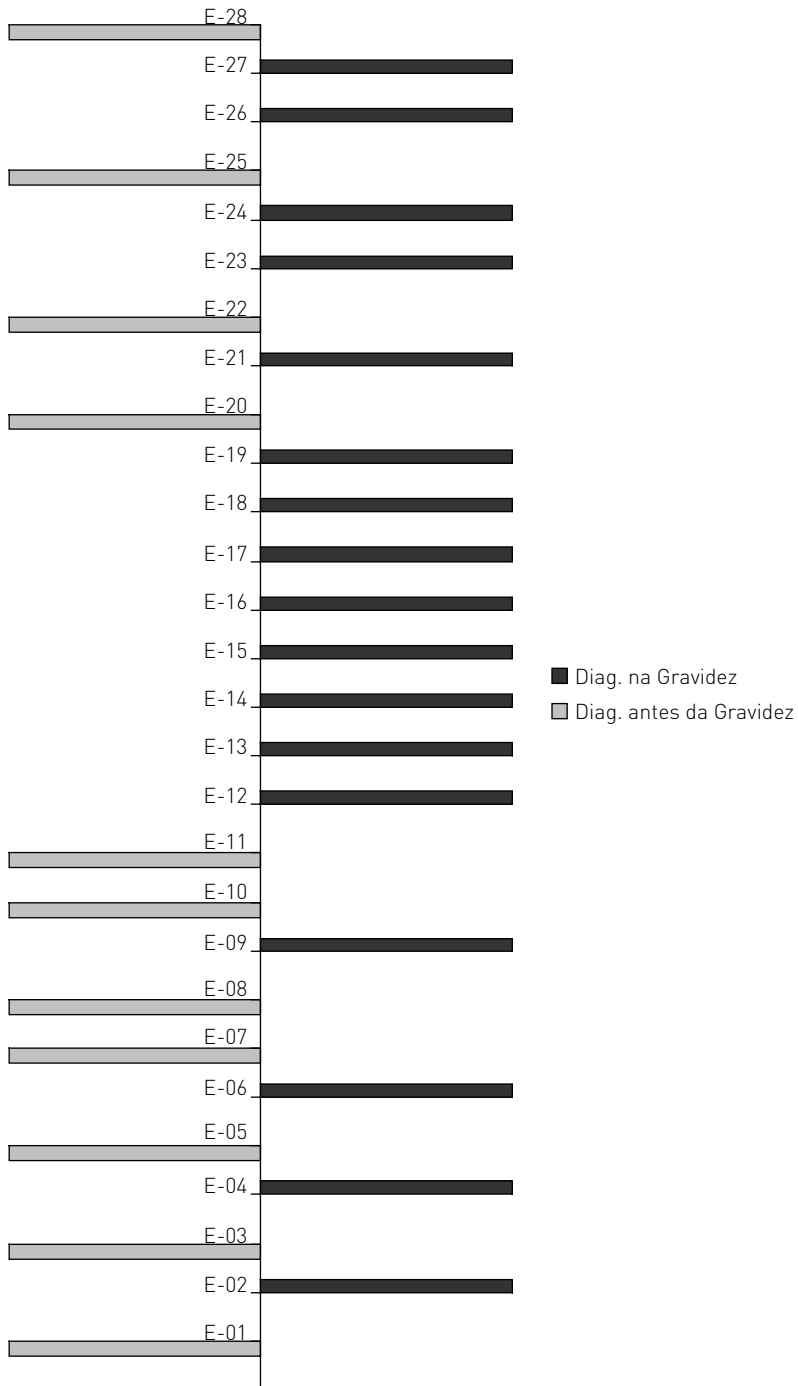
A sua leitura mostra que onze mulheres engravidaram apesar de saberem anteriormente da sua seropositividade para o VIH e que as restantes dezassete souberam do seu diagnóstico durante a actual gestação.

Relativamente às mulheres que sabiam do seu diagnóstico de seropositividade, e voltando a analisar a Figura 36, verifica-se que apenas uma (*Josina*, E1) desejou a actual gravidez “*por querer ter mais filhos*”, apesar de ter um filho com onze e outro com três anos. Todas as outras referiram ter engravidado por não utilizarem um método anticoncepcional ou pela falha do método utilizado, que se traduz maioritariamente no uso do preservativo.

No que respeita às mulheres que desconheciam a sua condição serológica no momento da concepção (dezassete) é de salientar que doze desejaram a actual gravidez e cinco não a desejaram.

Estas questões levantam vários problemas que se centram, principalmente, na falta de informação no âmbito da contraceção eficaz e na inexistência das consultas de aconselhamento pré-concepcional, acessíveis a todas as camadas populacionais, que favoreceriam uma decisão esclarecida e informada sobre o planeamento familiar. Para além disso, revelam, ainda, a incapacidade feminina na decisão sobre a natalidade.

Figura 36 – Conhecimento da Sero positividade face à Actual Gravidez

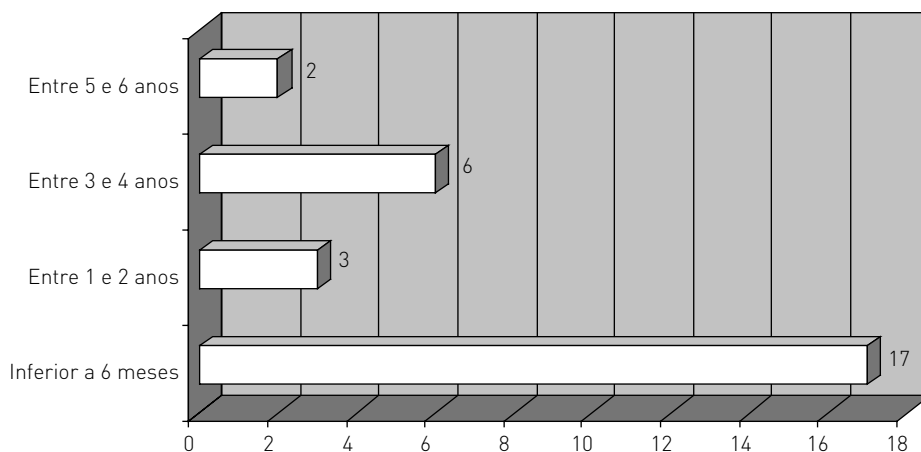


5.4.6. Caracterização dos Sujeitos segundo a História Clínica – Seropositividade

No presente subcapítulo serão apresentados dados referentes à caracterização dos Sujeitos, no que diz respeito ao tempo de diagnóstico do VIH, às causas que atribuem à sua contaminação e ao conhecimento dos efeitos da seropositividade e do risco da transmissão vertical do VIH.

Como se pode verificar pela análise da Figura 37, dezassete grávidas tiveram conhecimento da sua seropositividade para o VIH há menos de seis meses, o que indica tratar-se de uma amostra em que a maioria dos sujeitos se encontra numa fase de choque. Como refere Guerra (1998), perante qualquer situação inesperada estabelece-se um estado de choque, nomeadamente aquando do diagnóstico da seropositividade ou de SIDA em que surgem reacções emocionais, com atitudes negativas que podem oscilar entre dias a alguns meses. A este respeito Miller (1988b *in* Guerra, 1998: 99) considera três meses o período de “*tempo razoável para a consciencialização do significado de seropositividade*”.

Figura 37 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Tempo de Diagnóstico do VIH

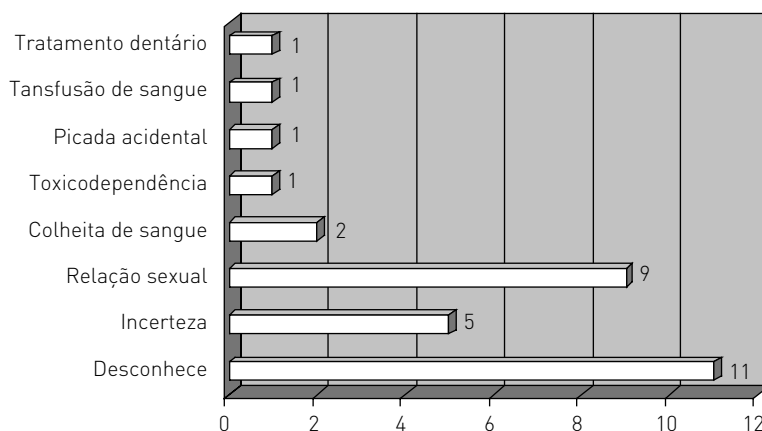


Deve salientar-se que, das dezassete grávidas, duas – *DJenabo* (E23) e *Sadu* (E26) – souberam do diagnóstico há uma semana, encontrando-se no período em que as suas reacções emocionais podem ser mais intensas.

Retomando a análise da Figura 37, verifica-se que três grávidas tiveram conhecimento da sua seropositividade entre um e dois anos, seis sabem-no há três anos e duas entre os cinco e os seis anos.

Pela análise da Figura 38, verifica-se que onze grávidas referem desconhecer a causa da sua seropositividade (E2, E3, E6, E7, E16, E18, E22, E23, E24, E25, E26) e cinco têm dúvidas acerca da mesma (E4, E8, E13, E27, E28). Desta forma, constata-se que apenas doze grávidas sabem dizer como podem ter sido contaminadas pelo VIH, embora algumas atribuam mais que uma causa. Assim, nove grávidas atribuem às relações sexuais o motivo da sua seropositividade. A toxicod dependência, a picada acidental no local de trabalho, a transfusão de sangue e o tratamento dentário foram, ainda, causas de transmissão do VIH enumeradas, cada uma por uma grávida. A colheita de sangue com agulha reutilizada, no seu país de origem, foram causas referidas por duas grávidas.

Figura 38 – Causas de Transmissão do VIH referidas pelos Sujeitos



Decidiu-se apresentar separadamente as respostas que revelam incerteza quanto à causa da contaminação, por se considerar que mostram formas de estar e sentir o problema da seropositividade distintas das outras grávidas que rapidamente afirmam conhecer ou desconhecer essas mesmas causas.

Na realidade, estas grávidas começam por referir que não sabem a razão da sua contaminação, mas acabam por enumerar causas, que consideram poder ser verdadeiras, tais como relações sexuais, furar as orelhas, extrair dentes, partilhar escova de dentes com um indivíduo seropositivo, transfusão de sangue e feitiçaria, conforme se pode verificar nas seguintes transcrições:

- *“Sinceramente não sei, nunca fui muito rodada, por isso quando a doutora me falou eu fiquei espantada. Mas pode também ser por outras causas sem ser sexo, já arranquei muitos dentes cá...”* (E13);

- *“De facto não sei mesmo, fico sem resposta. Há dois anos tive uma gravidez ectópica e fiz transfusão.... mas eu também acredito nas feitiçarias, no mal mandado. Em África tudo pode acontecer, já vi coisas... mas não sei, não sei....”* (E27).

As grávidas que responderam desconhecer as causas da sua seropositividade, usaram expressões tais como:

- *“Não sei mesmo dizer. É uma coisa que eu fico a pensar.”* (E7);
- *“Não sei, não tenho explicação para isso.”* (E16);
- *“Eu fiquei admirada porque não tive vários namorados. Quando cheguei cá tive um namorado que está preso. Estou com o pai da criança vai quase um ano. O namorado nunca vai dizer. Ou uma pessoa vai ganhar confiança ou fisicamente não se vê. Uma pessoa não é culpada.”* (E18);
- *“Essa doença só se transmite pelo sangue ou pelo sexo e eu nunca fiz nada. Eu nunca tive mais ninguém, foi o primeiro e o último companheiro.”* (E25).

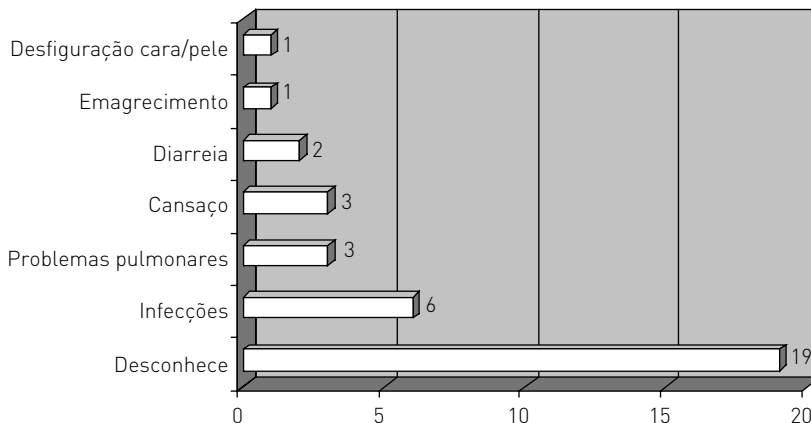
No que respeita às respostas das grávidas que sabem as causas da sua contaminação salientam-se algumas:

- *“À toxicodependência pela partilha de seringas.”* (E5);
- *“Fiz uma picada acidental com uma doente que eu cuidava. Nessa altura também soube que estava grávida. Foi pouca sorte, é o destino...”* (E10);
- *“Eu acho que me transmitiram através do parceiro. Ou é o meu marido ou um companheiro que eu tive antes. Mas também penso na hipótese de uma vez que tirei sangue para análises na minha terra e a agulha podia já ter sido utilizada.”* (E11);
- *“Através da relação sexual. Tive vários namorados mas nunca tive dois juntos... fica tudo um bocado estranho.”* (E12);
- *“Deve ser de um namorado com quem vivi três anos. Mas não sei se usaram agulha descartável quando na minha terra tirei sangue para saber o grupo.”* (E14);
- *“Nem eu nem ele fomos infiéis e tínhamos as análises negativas no meu país. Agora ele já fez e também é positivo, por isso penso que pode ter sido no dentista.”* (E19).

Conforme se pode verificar pela análise da Figura 39, dezanove grávidas desconhecem os efeitos da seropositividade, o que representa 68,8% da amostra.

As nove restantes grávidas enumeraram múltiplos efeitos da seropositividade. Todas as grávidas referiram efeitos no âmbito da aparência e da saúde física, excepto *Jorema* (E10) que também revelou alguns efeitos a nível psicológico, tais como a depressão, o *stress* e a revolta. Considera-se que esta resposta se encontra centrada no próprio sentimento que a *Jorema* vivencia, como ela própria testemunha, sentimento esse provavelmente ligado ao estigma da própria doença.

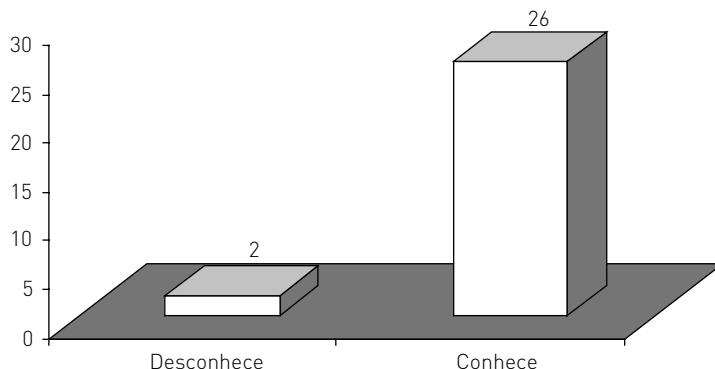
Figura 39 – Efeitos da Seropositividade referidos pelos Sujeitos



Continuando a análise da Figura 39, observa-se que as infecções são o efeito do VIH mais referido, com seis respostas, seguido do cansaço e dos problemas pulmonares, com três respostas cada, e da diarreia com duas respostas. O emagrecimento e a desfiguração da cara e pele são os efeitos enumerados cada um por uma grávida.

As respostas encontradas parecem enquadrar-se nos efeitos da seropositividade mais conhecidos socialmente.

Pela leitura da Figura 40, verifica-se que vinte e seis grávidas sabem que existe risco de transmissão do VIH aos filhos durante a gravidez e o parto. No entanto, deve salientar-se que a informação sobre a transmissão vertical apenas foi obtida depois de conhecido o estado serológico.

Figura 40 – Conhecimento do Risco da Transmissão Vertical do VIH

Salienta-se que as duas grávidas que referiram desconhecer a existência do risco de transmissão do vírus à criança durante a gravidez e o parto – *Josina* (E1) e *Djenabo* (E23) – desejaram a actual gravidez (Vide Figura 35), embora *Josina* já tivesse conhecimento da sua seropositividade desde a gravidez anterior (Vide Figura 36). No entanto, *Josina* justifica deste modo a sua resposta:

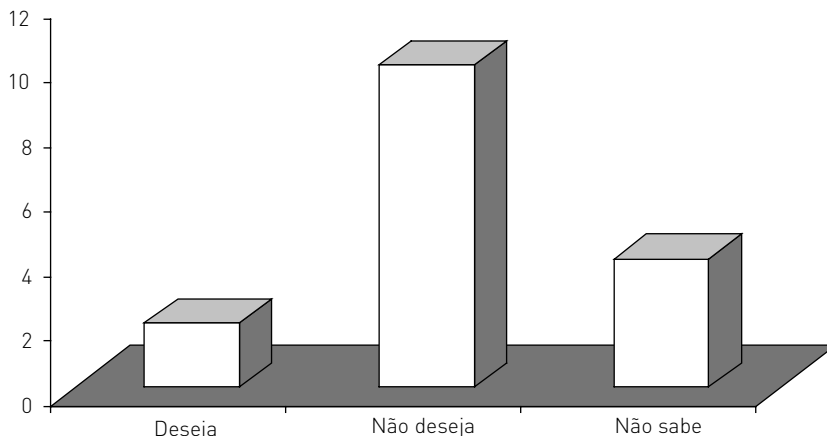
– “*Tinha ideia que se fizesse a medicação toda que não havia riscos.*” (E1).

Quando confrontadas com a pergunta “*quais são os efeitos da seropositividade para o feto ou o recém-nascido*” a maioria das mulheres revela não os saber. Apenas duas grávidas responderam que a seroconversão da criança pode ocasionar “*malformações ou alterações de crescimento*” – *Jorema*, E10 – e “*risco de morte*” – *Iracema*, E4.

Analisaram-se algumas características individuais que pudessem ter influenciado no conhecimento destas duas grávidas, não parecendo, contudo, encontrar-se variáveis socioculturais que determinem as suas respostas.

A pergunta “*depois de estar informada sobre o seu estado de seropositividade e dos riscos da transmissão do VIH ao filho durante a gravidez e o parto deseja voltar a engravidar?*” foi efectuada apenas às grávidas que souberam do diagnóstico durante a actual gravidez, num total de dezassete sujeitos (Vide Figura 36), cujos resultados são apresentados na Figura 41.

Figura 41 – Relação do Desejo de Voltar a Engravidar com o Conhecimento do Risco da Transmissão Vertical do VIH



Onze grávidas (E2, E4, E9, E12, E13, E14, E17, E19, E21, E24, E28) referem não desejarem voltar a engravidar, sendo que a maioria justifica o facto pelo receio da transmissão ao bebé, pelo sofrimento que este possa vir a ter e pela incerteza quanto ao seu próprio futuro, como se pode verificar nas seguintes transcrições:

- *“Não. Porque não sei o que me vai acontecer.”* (E4);
- *“Não. Se soubesse antes não engravidava, porque é uma gravidez de risco e que posso prejudicar o bebé.”* (E9);
- *“Não. Porque tenho medo do bebé nascer com esta doença.”* (E12).

Das grávidas que referiram não desejar engravidar de novo, duas – *Maizé* (E17) e *Joselina* (E21) – manifestaram o desejo de interromper a actual gravidez, devido ao diagnóstico da seropositividade, como demonstram as suas afirmações:

- *“Não. Para trazer uma criança ao mundo infectada não vale a pena. Por isso, mesmo nesta abortava mas as duas médicas dizem que não.”* (E17);
- *“Não. Para pôr um filho seropositivo no mundo não. Se eu soubesse que eu tinha este problema tentava tirar logo no início.”* (E21).

Salienta-se que estes foram os dois momentos em que ao longo de todas as entrevistas as grávidas abordaram o tema “aborto”.

Uma grávida – *Calipe* (E13) – diz não desejar voltar a engravidar justificando a sua decisão apenas com o facto de ter o número de filhos suficientes, como se pode verificar na sua resposta:

- “*Não quero voltar a engravidar. Eu sempre tive no meu plano não ter mais depois deste. Já tenho o número de filhos que chega.*” (E13).

Continuando a analisar a Figura 41, observa-se que duas grávidas – *Sibila* (E15) e *Domingas* (E16) – desejam voltar a engravidar mesmo após o conhecimento da seropositividade e dos possíveis riscos de transmissão vertical do VIH, justificando as suas decisões desta forma:

- “*Sim. Gostava de ter mais um filho, pelo menos ficava com dois, se este nascer bem. Mas só se for em Portugal.*” (E15);
- “*Sim, mas não é para agora. Porque não? Se há métodos para proteger as crianças. A medicina está mais avançada e confio nos cientistas. E se Deus ouvir as minhas orações já vai haver vacina.*” (E16).

Tentou encontrar-se alguma razão sociocultural que levasse estas grávidas a responderem afirmativamente à pergunta em questão, pelo que se analisaram as diferentes variáveis já estudadas anteriormente.

As duas grávidas apresentam em comum o facto de não terem filhos, terem tido abortos, desejarem a actual gravidez, serem solteiras e viverem em união de facto, pertencerem ao mesmo grupo etário e terem a mesma nacionalidade (angolana). De diferente, têm o nível de escolaridade, a religião, o tempo de saída do país de origem – *Sibila* frequentou o 8.º ano de escolaridade, é católica e saiu do seu país há três anos; *Domingas* possui um curso superior, é protestante e saiu do seu país há catorze anos.

Da análise das semelhanças e diferenças das variáveis socioculturais de *Sibila* e *Domingas*, parece que a história obstétrica e a idade, são os factores com maior peso na decisão de nova gravidez.

Retomando a análise da Figura 41, verifica-se que quatro grávidas – *Maria Sábado* (E6), *Kubumba* (E18), *Sadu* (E26) e *Mafiné* (E27) – não têm uma opinião bem formada relativamente ao desejo de voltarem a engravidar, como demonstram as suas afirmações:

- “*Se tenho uma doença infecciosa como é que vou ficar grávida? Não sei...*” (E6);
- “*Depende do médico... se não der fico só com este.*” (E18);
- “*Se eu continuar o medicamento isto não passa para o bebé. Depende do meu marido... é o destino de Deus...*” (E26);
- “*Não sei, acho que não. Primeiro tenho que melhorar, mas se eles dizem que a SIDA não tem cura...*” (E27).

CAPÍTULO VI – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Passar-se-á agora a analisar os dados qualitativos colhidos nas entrevistas, trabalhados segundo a técnica de análise de conteúdo e apresentados por categorias e subcategorias.

6.1.1. Concepções e práticas de estar saudável

Num passado recente *saúde* era definida como “ausência de doença”, sendo *doença* definida como “ausência de saúde”. Deste modo, a saúde e a doença eram encaradas como estados de bem-estar ou de desconforto. Actualmente, definições mais flexíveis consideram múltiplos os aspectos causais da doença e da manutenção da saúde, tais como factores psicológicos, sociais e genéticos, embora permaneça alguma subjectividade na formulação dos conceitos e na forma de os medir.

A este respeito, Dubos citado por Hesbeen (2000:23) explícita “*Não há uma definição universal de saúde; cada um de nós quer fazer alguma coisa da vida e, por isso, tem necessidade de uma saúde que lhe seja particular*”.

Desta forma, verifica-se que não existe uma fronteira clara entre estes dois conceitos, podendo esta díade ser representada num **contínuo saúde – doença**, em que a “*saúde excelente*” surge num dos extremos do contínuo e a “*morte*” no outro. Segundo o mesmo autor, o estado ou a condição de cada pessoa, num dado momento, situa-se algures entre estes dois extremos.

Para Leininger (1997: 34) saúde é representada por “*...crenças e valores e formas de actuar reconhecidas culturalmente e utilizadas com o fim de preservar e manter o bem-estar de uma pessoa ou grupo e permitir a realização das actividades quotidianas*”.

Para se avaliar as concepções e as práticas que as grávidas imigrantes seropositivas têm sobre o seu estado de saúde foram agrupadas e analisadas as subcategorias apresentadas no Quadro 10.

Quadro 10 – Concepções e práticas da condição de estar saudável

Área Temática	Categoria	Subcategorias
Concepções e práticas da condição de estar saudável	Conhecimento da condição de estar saudável	Condição de estar saudável
		Forma como lida com os problemas de saúde
		Serviços de Saúde onde recorre
		Procura de soluções alternativas
		Auto-medicação

6.1.1.1. Sente-se saudável

Ao serem questionadas se se consideram saudáveis ou não, dez entrevistadas referiram sê-lo, dez referiram não se sentirem saudáveis e oito não sabem ou têm dúvidas acerca do seu estado de saúde.

Relativamente às entrevistadas que se consideram saudáveis, verifica-se existirem dois grupos de grávidas com respostas distintas. Aquelas que, apesar da consciencialização da presença do VIH e suas consequências, referem que são saudáveis e aquelas que ainda, aparentemente, não interiorizaram o seu estado de seropositividade e por isso se consideram saudáveis.

No primeiro grupo, registam-se cinco entrevistadas que referem estar saudáveis, apesar da sua seropositividade, justificando:

- *“Nunca tive sintomas. É como se fosse uma pessoa qualquer.”* (E1);
- *“Além do meu problema não sinto nada.”* (E7);
- *“Porque não sinto nada.”* (E8);
- *“Fora o problema que eu tenho, sou saudável.”* (E10);
- *“Sem ser essa doença sou. Tudo começou com esta doença...”* (E20).

No segundo grupo, registam-se as outras cinco entrevistadas que se consideram saudáveis, nunca se referindo à existência do VIH, justificando para tal:

- *“Porque nunca fiquei doente.”* (E6);
- *“Graças a Deus nunca adoeci, a não ser coisas simples.”* (E9);
- *“Até agora tenho-me sentido bem e para dizer a verdade ainda me custa a acreditar que sou seropositiva. Sempre tive uma vida calma e protegida e agora decido fazer um filho e faço exames e dizem-me que sou seropositiva.”* (16);
- *“Porque gosto de desporto, alimento-me como deve ser e tem bom aspecto.”* (E19);
- *“Porque eu não tenho doença, tenho boa saúde.”* (E26).

Considera-se importante esta subdivisão das respostas afirmativas relativas à condição de estar saudável, pois elas encerram percepções e perspectivas diferentes da forma como encaram e vivenciam o facto de serem seropositivas, determinando, simultaneamente, a forma como analisam o problema e definem as estratégias para resolução do mesmo, bem como o tipo de cuidados de saúde necessários para um cuidado personalizado. Na realidade, as entrevistadas apresentadas no segundo grupo, por não estarem conscientes da gravidade do seu problema de saúde, requerem um atendimento reforçado por parte dos profissionais de saúde no âmbito da educação/informação sobre a adopção de medidas de promoção da saúde, formas preventivas de contágio e da necessidade de adesão ao tratamento.

As dez entrevistadas que referiram não se considerarem saudáveis, justificam para isso a presença do VIH, mas de uma forma pouco directa. Para além da E3 que refere que não se considera saudável *“por causa do problema do HIV”*, algumas fazem-no utilizando diversas expressões para fugir à palavra *“HIV”*, conforme se pode verificar nas seguintes transcrições:

- *“Enquanto tiver este problema nunca serei saudável.”* (E4);
- *“Porque já tenho uma doença, por isso não sou saudável.”* (E11);
- *“Por ter isso.”* (E17);
- *“Por causa disto.”* (E18);
- *“Porque isso não tem cura.”* (E21);
- *“Por juntar a gravidez à doença.”* (E23);
- *“Agora que apareceu isto já não sou saudável.”* (E27).

Nas restantes duas entrevistadas encontra-se implícito o motivo porque não se consideram saudáveis, embora não se encontre expresso na sua verbalização, como se pode perceber nas seguintes transcrições:

- *“Antes eu me considerava saudável, agora já não. Não sei se vou morrer cedo. Tenho medo, muito medo.”* (E15);
- *“Agora considero-me uma pessoa doente pelo que me dizem.”* (E24).

Considera-se importante a análise da forma como as entrevistadas se referem ao facto de serem seropositivas, o que tem implicações no âmbito da comunicação que se estabelece entre os profissionais e os doentes. Para que esta resulte, é importante que se utilize os mesmos códigos, que as palavras tenham um único e preciso significado. Assim, os profissionais devem abordar o assunto de forma clara e objectiva, usando uma linguagem simples adequada à formação do seu interlocutor, mas sem ocultar ou escamotear a realidade.

Relativamente às oitos entrevistadas que não sabem ou têm dúvidas sobre se são saudáveis ou não, destacam-se as seguintes respostas:

- *“Não sei, mas parece-me saudável porque não me sinto doente.”* (E2);
- *“Em certa parte, porque sei que tenho um problema de saúde que vai acompanhar o resto da minha vida. Se tivesse cura considerava-me saudável, assim só me considero metade.”* (E5);
- *“Não sei. Agora que eu soube desta doença tão triste, faço à mesma tudo. Eu dizia que sim, porque eu faço o trabalho que uma pessoa normal faz. Faço trabalho em casa e fora. Acho que Deus também me tem ajudado bastante.”* (E13);
- *“Eu me sinto saudável, mas como tenho a doença estou confusa.”* (E22);
- *“Quando estou com os meus colegas sinto-me normal..., sozinha já sinto diferente, considero-me doente.”* (E25).

O trabalho desenvolvido pelos técnicos de saúde deve ter em conta este tipo de doentes, que de alguma forma se encontram pouco esclarecidos sobre a sua doença. Tal como no grupo de entrevistadas que se consideram saudáveis, porque ainda não tomaram consciência da gravidade do seu problema de saúde, também as que têm dúvidas sobre a sua condição de estar saudável, por não terem interiorizado os efeitos que a mesma tem sobre si, não vão perceber facilmente o que se passa consigo,

nem como devem colaborar no seu tratamento. Tal como já foi referido anteriormente, também nestes casos é essencial por parte dos profissionais uma abordagem esclarecedora, de forma a validar com os indivíduos a existência do problema de saúde e as maneiras possíveis de o solucionar ou minorar as suas consequências.

6.1.1.2. Forma como lida com os problemas de saúde

Considerou-se a forma habitual de lidar com os problemas de saúde integrada na categoria do conhecimento da condição de se considerar saudável ou não, pois não se deve dissociar as reacções ou as estratégias face a um problema de saúde, quando analisado *a posteriori* (e por isso a pergunta é feita no geral e no passado) da própria forma como está a reagir neste preciso momento ao diagnóstico de doença, que neste caso é o de seropositividade.

Assim, à pergunta “*como lida habitualmente com os problemas de saúde*” duas entrevistadas não responderam (E1 e E2), uma diz não saber explicar (E3) e quatro referem nunca terem estado doentes (E18, E20, E24, E27), pelo que não têm opinião.

Cinco grávidas referem lidar sem preocupações com os problemas de saúde: “*lido muito bem*” (E4), de “*forma natural*” (E6), “*sem ficar assustada*” (E10), “*não dou importância*” (E15) e “*normalmente*” (E28).

Por outro lado, quatro entrevistadas referem preocupar-se com os problemas de saúde, procurando obter informações sobre a doença, destacando-se as seguintes afirmações:

- “*Tento ter o máximo de atenção, saber de onde vêm e porquê, se houve alguma coisa que eu fiz de mal. Depende do problema.*” (E5);
- “*Fico muito aflita no primeiro tempo, depois quando vou sabendo as coisas fico mais calma.*” (E19).

Enquanto as entrevistadas acima mencionadas deram a resposta baseadas na sua reacção à doença de uma forma geral, as restantes doze responderam centradas na questão actual da sua seropositividade, como se pode constatar nas seguintes afirmações:

- “*Habitualmente não ligo muito. Neste caso fiquei preocupada, porque não sabia o que era e todos dizem que se morre rapidamente.*” (E7);

- “No princípio deste problema pensava muito, agora não. A Igreja tem ajudado muito, ouvindo o Pastor e lendo a Bíblia.” (E8);
- “Penso nisto a todos os dias a todas as horas.” (E11);
- “Fico preocupada com esta doença.” (E12);
- “Não fico muito preocupada, mas desta doença não estava à espera. Peço a Deus que me dê força.” (E14);
- “Sempre fui uma pessoa que deu a volta por cima, graças a Deus. Sou sempre eu que dou conforto aos outros. Ainda agora ao meu marido que não se conforma.” (E16);
- “Nunca fiquei doente, mas há oito dias para cá só penso matar-me.” (E17).

Ao comparar estes resultados com os relativos à categoria “*conhecimento da condição de estar saudável*” constata-se que a E6 se considera saudável porque nunca ficou doente, mas também, provavelmente, porque considera os problemas de saúde de forma normal, tão normal que não lhe permite ter consciência da sua existência e da sua verdadeira dimensão.

Esta pode ser uma forma cultural de entender o conceito de saúde/doença, aspecto que seria interessante analisar.

6.1.1.3. Procura de cuidados de saúde

Apenas três entrevistadas recorrem ao médico com regularidade (E5, E16, E25), sendo que as restantes vinte e cinco só o fazem em caso de doença. Relativamente ao tipo de instituição de saúde a que recorrem, dezanove referem fazê-lo ao Centro de Saúde e quatro ao hospital (E7, E8, E13, E27). Destas últimas, uma apenas o faz enquanto está grávida (E8) e outra desde que é seropositiva, pois na sua opinião “*no Centro de Saúde não fazem nada*” (E7).

Cinco entrevistadas recorrem habitualmente aos dois tipos de instituição (E1, E18, E21, E22, E28), usando o hospital como recurso de urgência ou para consultas da especialidade, como é o caso da E22, cujo filho é seguido na consulta de hematologia.

Os resultados obtidos parecem mostrar um número significativo de entrevistadas que procuram os cuidados de saúde primários, embora se mostre desadequado o facto de o fazerem sobretudo em situação de doença.

Parece importante reflectir sobre estes dados, podendo concluir-se que as campanhas de informação e esclarecimentos sobre as formas de promoção de saúde têm de continuar a ser implementadas e, sobretudo, a ser reforçadas a nível dos Cuidados de Saúde Primários.

É de salientar, ainda, que a E8 – que se considera saudável porque não tem sintomas e que deixou de se preocupar com o problema da sua seropositividade com a ajuda do Pastor e da Bíblia – apenas recorre aos cuidados de saúde hospitalares quando está grávida, o que leva a pensar que, na realidade, não a preocupa ou não valoriza o seu problema de saúde, mas apenas vigiar uma gravidez. Esta atitude não parece ser sustentada numa necessidade realmente sentida, mas baseada no que socialmente é previsto e desejável. Na verdade, está instituído, pela sociedade, que a mulher grávida vigie a sua gestação, dando à luz uma criança saudável.

6.1.1.4. Procura de soluções alternativas à medicina convencional

Todas as entrevistadas referem não procurar soluções alternativas à medicina convencional, apresentando como factores mais justificativos a falta de credibilidade, com catorze unidades de registo e a desconfiança, com nove unidades de registo.

Todas as respostas obtidas apresentam um registo de sentimentos de negação e de desacreditação na prática habitual de soluções baseadas na medicina popular, adivinhos, curandeiros, feiticeiros ou outros, o que parece estar associado a uma forma de pensar e de estar no que respeita ao diagnóstico e tratamento de doenças, que de alguma maneira não se esperava encontrar.

Entendia-se que, devido à sua origem cultural, as entrevistadas recorressem a práticas não convencionais para a solução de problemas de saúde, ou que reconhecessem efectua-las nos seus países de origem, embora pudessem não o fazer enquanto imigrantes em países com outros hábitos. Esperava-se ainda que esses costumes fossem utilizados, ou pelo menos desejados realizar, em situações de seropositividade como relatam estudos existentes.

Salienta-se a resposta dada por uma entrevistada, mostrando que não recorre a soluções alternativas exactamente pelo aspecto incurável da doença:

- *“Aqui nunca fui. Esta doença não tem cura, porque é que eu vou lá? Não adianta...”* (E11).

A consciencialização da ausência de cura para o VIH parece ser, neste caso, o único motivo pelo qual esta grávida não recorre a outras soluções para a resolução do seu problema.

Deve-se, ainda, salientar que três entrevistadas (E8, E13, E18) referem ter o apoio da Igreja, ajudando-as a ultrapassar os seus problemas, como se encontra registado na seguinte transcrição:

- *“A minha mãe nunca nos habituou (a recorrer a soluções alternativas), por isso quando precisei fui para a Igreja, que me tem feito muito bem.”* (E13).

6.1.1.5. Recurso à automedicação

Relativamente ao recurso à automedicação, sete entrevistadas responderam que a praticavam (E4, E5, E6, E7, E9, E12, E19):

- duas não justificaram o motivo porque o faziam;
- três referem utilizar fármacos simples e ocasionais, nomeadamente analgésicos para as cefaleias;
- uma refere recorrer à automedicação sempre que se trate de medicamentos que já tenham sido anteriormente receitados;
- uma diz fazê-lo habitualmente porque não vai ao médico (E12).

Cinco entrevistadas começam por referir que não se automedicam, contudo acabam por contrariar a afirmação ao dizerem que tomam medicação simples, geralmente para as cefaleias.

Das dezasseis entrevistadas que referem não recorrer à automedicação em qualquer momento, seis não justificam a sua atitude. As restantes apontam como principais razões para não o fazerem o medo/receio (quatro unidades de registo), a preocupação de seguir exclusivamente as indicações terapêuticas do médico (cinco unidades de registo), e o facto de nunca ter precisado de o fazer (uma unidade de registo).

6.1.2. Conhecimento do diagnóstico

Para se avaliar a forma como as entrevistadas tomaram conhecimento do seu diagnóstico de seropositividade para o VIH, no que respeita a quem lhes forneceu essa informação e o que lhes foi dito sobre a doença, bem como os seus sentimentos face aos comportamentos dos profissionais de saúde, quando da comunicação do diagnóstico e ao próprio diagnóstico, foram agrupadas e analisadas as subcategorias apresentadas no Quadro 11.

Quadro 11 – Conhecimento do diagnóstico de seropositividade para o VIH

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Conhecimento do diagnóstico de seropositividade para o VIH	Profissional que informou sobre o diagnóstico de seropositividade	Médico de Família	18
		Médico no Hospital	9
		Enfermeira Centro de Saúde	1
	Informação fornecida sobre a doença	Presença do vírus do HIV/SIDA	19
		Importância da eficácia da medicação	7
		Necessidade de vigilância médica específica	6
		Medidas de protecção	2
		Risco de transmissão vertical	2
		Desmistificação da doença	4
	Sentimentos face aos comportamentos dos profissionais quando da transmissão do diagnóstico (comunicação verbal e não verbal)	Comunicação adequada	21
		Comunicação inadequada	4
		Não Sabe	2
		Não Responde	1
	Sentimentos/ atitudes face ao diagnóstico	Negação/incrédulidade	17
		Tristeza/choro	9
		Desânimo	3
Isolamento		2	
Pânico/ansiedade		1	

6.1.2.1. Profissional de saúde que informou sobre o diagnóstico de seropositividade

Relativamente ao profissional de saúde que deu a informação do diagnóstico, verifica-se uma grande prevalência da figura do Médico de Família, com dezoito unidades de registo. Esta situação encontra-se de acordo com a realidade, já anteriormente abordada, que tem a ver com o facto de a maioria das grávidas recorrerem ao Centro de Saúde como forma de receber cuidados de saúde.

Para além deste aspecto, outra questão que se coloca prende-se com o facto de se encontrar regulamentado o acto de se fazer o rastreio para o VIH a todas as grávidas. Se está preconizado que a vigilância pré-natal se realize no Centro de Saúde, é evidente que o diagnóstico seja feito nesse local. Só posteriormente as grávidas são referenciadas ao Hospital, da zona de influência da residência, por forma a dar continuidade à vigilância da gravidez, considerada de Alto Risco.

Se as mulheres recorressem à consulta pré-concepcional sempre que desejassem e decidissem engravidar, este diagnóstico seria, com certeza, também detectado no Centro de Saúde. Contudo teria, sem dúvida, um impacto diferente, pois não coincidiria com o diagnóstico da própria gestação, como muitas vezes acontece.

Retomando a situação do profissional envolvido na informação do diagnóstico, verifica-se que esta se encontra centrada na figura do médico, o que está de acordo com a prática clínica da sociedade portuguesa e demonstrada em vários estudos (Sousa, 2002).

Na realidade, a comunicação do diagnóstico e as informações sobre o mesmo foram sempre fornecidas pelo médico à excepção da E14, que refere ter tido conhecimento da sua seropositividade por uma enfermeira. Considera-se, porém, que esta situação pode não corresponder à realidade, devido à confusão da entrevistada sobre o técnico que lhe forneceu a informação, confusão essa implícita nas respostas dadas a outras questões.

No que respeita às nove grávidas que souberam o diagnóstico pelo médico, em ambiente hospitalar, deve referir-se que sete souberam-no em contexto obstétrico, isto é, durante as consultas de obstetrícia ou no momento dos partos anteriores (como é o caso de E25) e as outras duas souberam-no enquanto internadas em serviços de medicina, devido à presença de intercorrências (E20 e E28).

Pela análise destes dados, mais uma vez se observa o facto de que a maioria das mulheres sabe do diagnóstico da sua seropositividade não porque façam o rastreio de livre vontade, mas porque o mesmo é obrigatório durante o percurso da gravidez ou porque é determinado em situações de existência de outras doenças.

Outro aspecto que deve ser reforçado liga-se à importância que a atitude dos profissionais de saúde tem na reacção psicológica dos indivíduos seropositivos. Inseridos na sociedade, com valores e sentimentos próprios, são um grupo que pode reagir à SIDA de forma mais ou menos adequada, o que influencia as respostas emocionais dos doentes, pelo que a sua atitude se revela de extraordinária importância. A este respeito, Wadland e Gleeson (1991) citados por Guerra (1998: 28) sustentam que *“o médico de família tem uma posição única, capaz de orientar e reduzir o impacto psicossocial negativo nos seropositivos ao vírus da Sida, nos amigos e familiares destes.”*

6.1.2.2. Informação fornecida sobre a doença

Verifica-se que a informação do diagnóstico foi centrada, sobretudo, na presença do VIH, com dezanove unidades de registo (Quadro 11). Porém, no momento da revelação do diagnóstico, verifica-se que alguns técnicos forneceram outro tipo de informações, tais como a importância da medicação (sete unidades de registo), a necessidade de vigilância médica específica (seis unidades de registo), o risco de transmissão vertical (duas unidades de registo) e medidas de protecção (duas unidades de registo), tal como se torna exemplificativo nas seguintes citações:

- *“Ele disse que antigamente era necessário cinco anos para se manifestar a doença, mas agora demora mais de dez anos por causa da medicação.”* (E2);
- *“Ele disse que havia medicamentos que prolongariam a vida...”* (E4);
- *“Ela disse que eu tinha HIV positivo e que isso ainda não era SIDA, mas que se não me tratasse viria a ser.”* (E20);
- *“A doutora disse que agora vou ser atendida no hospital e para evitar ter relações com o meu marido sem preservativo.”* (E24);
- *“Ele disse que o bebé pode nascer e pode não ficar positivo.”* (E5).

Ocorreram, ainda, algumas informações baseadas na necessidade de desmistificar o problema do VIH, com quatro unidades de registo, assim expressas:

- *“Ele disse que não tem cura mas que não se morre porque há tratamento...”* (E1);
- *“Ele disse que não é o fim do mundo, que «até eu posso ter essa doença»...”* (E6).

Deve-se, também, referir a existência de duas grávidas que não sabem bem o que lhes foi dito, no momento da revelação do diagnóstico, como se pode constatar nas seguintes afirmações:

- *“Eu não tinha entendido nada. Pensava que era uma coisa normal... só mais tarde fiquei a perceber... chorava todos os dias... não estava a aguentar.”* (E8);
- *“Ela diz que as análises acusou positivo, depois fiquei tão descontrolada e não sei o que ela falou mais.”* (E26).

Apesar de se tratar de situações um pouco distintas, a sua ocorrência leva a reflectir na forma como os técnicos comunicam com os utentes/doentes, usando uma terminologia desadequada ao seu nível de conhecimentos, não esclarecendo na realidade, mas apenas dando uma informação, que nem sequer é validada com o indivíduo, por forma a se avaliar a eficácia daquele acto comunicacional.

A ausência de informação, ou a informação insuficiente, ambígua, inadequada ou demasiado técnica tem diversas consequências no âmbito da saúde, como os relatados por Ramos (2004):

- Dificuldades de adaptação psicológica à doença;
- Insatisfação quanto à qualidade dos cuidados prestados e quanto ao comportamento dos técnicos de saúde;
- Dificuldades e/ou erros de avaliação/diagnóstico;
- Diminuição da adesão a comportamentos preventivos e de promoção da saúde, a tratamentos e a processos de reabilitação;
- Procura de cuidados em diferentes locais/profissionais em simultâneo, ou o recurso a medicinas alternativas.

6.1.2.3. Atitudes/sentimentos face aos comportamentos dos profissionais de saúde quando da transmissão do diagnóstico

Conforme se pode verificar no Quadro 11, vinte e uma grávidas consideram adequada a forma como os profissionais de saúde lhes comuni-

caram o diagnóstico do VIH, embora nem todas tenham revelado o motivo da sua opinião. Das que o fizeram destacam-se as seguintes citações:

- *“Ele dirigiu bem as palavras, não fez mal nenhum, é o que lá está.”* (E13);
- *“Eu gosto assim... alguns médicos falam muita coisa e eu vou ficar afundada.”* (E14);
- *“Não havia outra maneira de dizer. Foi muito simpática e explicou-me as coisas como eram.”* (E20);
- *“É uma maneira normal. Eu teria que saber sempre, só fiquei um bocado chateada porque tinha lá o assistente e não devia ter dito ao pé dele, mas depois esqueci isso.”* (E27).

As quatro grávidas que afirmam considerar desadequada a comunicação dos profissionais, quando da informação do diagnóstico, justificam-no da seguinte forma:

- *“Devia ter conversado e tentar explicar.”* (E8);
- *“Podia ser mais humano, foi muito frio. O seu olhar foi como se tivesse a dizer «estás assim porque te prostituís ou és drogada.»”* (E10);
- *“Devia preparar-me primeiro, que eu não sabia nada. Devia ter explicado como é isto porque fiquei a pensar que estava muito doente.”* (E11);
- *“Ele sabe todas as coisas, ele devia ter explicado mais.”* (E23).

Três grávidas não responderam a esta questão.

Face ao exposto nos dois últimos subcapítulos, considera-se que os profissionais devem estar atentos aos efeitos adversos de uma deficiente comunicação, devendo adoptar *“um modelo de comunicação técnico de saúde/doente interactivo, que tenha em conta os «saberes» e o contexto sociocultural do utente/doente, que permita compreender não só as ideias, os preconceitos, os estereótipos, as crenças dos técnicos de saúde e dos doentes, mas também os processos implicados na comunicação entre técnicos de saúde e doente como uma interacção que ocorre no contexto dessas crenças e desses preconceitos e estereótipos.”* (Ramos, 2004: 299).

6.1.2.4. *Sentimentos/atitudes face ao diagnóstico*

A questão sobre os sentimentos e atitudes face ao diagnóstico da seropositividade, apenas foi colocada às grávidas que não tinham conhecimento da sua condição serológica antes da actual gravidez, porque assim foi determinado inicialmente pela investigadora.

Como se pode verificar, pela análise do Quadro 11, o sentimento das grávidas mais comum, quando foram confrontadas com o diagnóstico, é o de negação/incredulidade do facto, referenciado por oito mulheres, com dezassete unidades de registo. Dos restantes sentimentos/atitudes referidos, a tristeza e o choro foi relatado por nove grávidas, o desânimo por três, o isolamento por duas e o pânico por uma grávida.

Quando se analisam estas respostas percebe-se como as mulheres ficam surpreendidas com o diagnóstico. Esta situação, talvez se deva ao facto de não se considerarem vulneráveis à infecção, embora, curiosamente, algumas tenham a consciência das prováveis causas de transmissão do vírus, que se prendem, sobretudo, com a transmissão via sexual.⁸³

Esse sentimento de incredulidade pode verificar-se na frase como a que a seguir se transcreve:

- *“Ela disse que eu era seropositiva, que tinha o HIV, mas eu até achava que era brincadeira...”* (E27).

Das grávidas que indicam ter sentimentos de negação/incredulidade, três desejaram repetir as análises, como mostram as seguintes afirmações:

- *“Eu não acreditei, quis fazer as análises noutra sítio, mas depois não fiz porque achei que ela não ia mentir.”* (E13);
- *“Eu não estou a acreditar, por isso fui fazer o exame a outro sítio para comparar.”* (E14);
- *“Pensei «não pode ser!», por isso tenho de fazer de novo.”* (E16).

Relativamente à atitude de isolamento, há uma grávida que a descreve nos seguintes termos:

- *“Eu era muito de sair e conviver com as minhas amigas e já não faço isso. Levei um choque, sabe. Perdi a vontade... sei que sou*

83. A problemática do VIH no sexo feminino encontra-se abordada no Capítulo IV: *As Mulheres, o VIH e a Maternidade*.

diferente... dá um certo medo que as pessoas saibam e fiquem afastadas.” (E21).

Nesta resposta percebe-se como pode estar presente a auto-descriminação, problemática já abordada anteriormente, uma vez que o seropositivo se afasta dos outros, ao acreditar que esses outros se irão afastar.

Por outro lado, há uma grávida que já desconfiava do seu estado serológico, uma vez que o companheiro é seropositivo, cujo testemunho é assim relatado:

- *“Para mim eu já desconfiava, mas não queria fazer os exames porque não estava preparada naquela altura. O mais difícil foi quando soube do meu marido.” (E15).*

Esta situação leva a reflectir no contínuo papel das mulheres como “cuidadoras” da sua família, relegando para segundo plano o auto-cuidado. Comportamento difícil de alterar, por se tratar de um papel associado ao género e assumido pela sociedade em geral, que os profissionais de saúde devem considerar, tendo em vista a promoção da saúde e o tratamento da doença.

Os diferentes sentimentos e atitudes face à informação do estado de seropositividade apresentados pelas grávidas encontram-se de acordo com o que refere Miller (1988a, 1988b) citado por Guerra (1998), em que perante uma situação inesperada os comportamentos mais comuns são o choro, o distanciamento das pessoas amigas, a raiva e a irritabilidade. Surgem, também, manifestações de medo, ansiedade, tristeza, depressão e ideação suicida, mais ou menos intensas decorrentes dos factores que interagem na adaptação psicológica do indivíduo ao diagnóstico. Paralelamente, a negação é o primeiro mecanismo de *coping* a surgir, repercutindo-se por comportamentos de incumprimento das orientações dos profissionais de saúde e na manutenção de estilos de vida desaconselhados.

Retomando a análise dos resultados obtidos, observa-se que uma grávida (E18) deu algumas respostas, ao longo da entrevista, de uma forma despreocupada, no que respeita a sentimentos, atitudes e problemas associados à sua seropositividade. Assim, para esta grávida a seropositividade não *“significa nada”* e sentiu-se *“sempre bem”* mesmo depois de ter sabido o diagnóstico.

Relembra-se que a E18 soubera do diagnóstico quatro meses antes da entrevista, quando tinha dezoito semanas de gravidez, gravidez que não desejou, embora não tenha filhos (*Vide* Figura 36) e que não revelou o diagnóstico a ninguém (*Vide* Quadro 12).

Aparentemente, parece que a E18 não compreendeu a realidade, por desconhecimento do significado da doença ou por não se ter consciencializado do problema, contudo não se considera saudável devido à presença do VIH, como já foi analisado anteriormente (*Vide* subcapítulo 6.1.1.1). Estas respostas aparentemente despreocupadas podem estar relacionadas com diferentes factores. Por um lado, dificuldades ligadas a aspectos comunicacionais (fraco domínio da língua portuguesa), à escolaridade (1.º ciclo do ensino básico) e ao desconhecimento dos efeitos da seropositividade podem contribuir para uma incompreensão da gravidade da situação clínica. Por outro, a atitude de indiferença de E18 pode traduzir um mecanismo de negação prolongada, atitude que pode permanecer presente por algum tempo nos seropositivos assintomáticos, (Guerra, 1998).

6.1.3. Revelação do diagnóstico de seropositividade

No Quadro 12 encontram-se registadas as categorias e subcategorias que foram analisadas e que se referem aos indivíduos a quem as grávidas revelaram o seu diagnóstico de seropositividade, bem como as razões que determinaram a sua atitude.

Quadro 12 – Revelação do diagnóstico de seropositividade

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Revelação do diagnóstico de seropositividade	Pessoas a quem foi revelado o diagnóstico	Ninguém	6
		Marido/companheiro	21
		Pais	3
		Irmãos/Irmãs	2
		Cunhado	1
		Tia	1
		Amiga	3
		Enfermeira	1
	Razões para revelar o diagnóstico	Confiança	13
		Obrigação	6
		Desabafar	2
		Pedir informações	1
		Relato de incidente de serviço	1

Ao analisar-se o Quadro 12 verifica-se que seis grávidas não revelaram o diagnóstico a ninguém (E17, E18, E21, E23, E26, E28).

Das restantes, vinte e uma grávidas deram conhecimento do seu estado serológico aos companheiros, excepto a E10 que apenas o revelou à sua melhor amiga e à enfermeira da instituição onde trabalhava, por se ter tratado de contágio por picada acidental no local de trabalho.

Oito grávidas revelaram o diagnóstico a outras pessoas, para além de o terem feito ao seu companheiro, com onze unidades de registos.

Considerando-se o estado civil das sete grávidas que não revelaram o diagnóstico aos companheiros, verifica-se que duas são casadas e as restantes são solteiras, das quais quatro vivem em união de facto (*Vide* Figura 3).

Apesar de não haver dados no que respeita ao uso de preservativo nas relações sexuais, embora se creia que essa prática não seja habitual devido a resultados de outros estudos, é preocupante o facto de os parceiros ignorarem o estado serológico das mulheres, quer do ponto de vista de saúde pública, quer do ponto de vista emocional e relacional.

A este respeito, Guerra (1998) refere que, depois do mecanismo inicial de negação, pode estabelecer-se um estadio intermédio em que a culpa e a autopiedade, associada à revolta, se manifesta por uma tentação de agressão aos outros através de um relacionamento sexual sem precauções ou pela autodestruição, com tendências suicidas.

As razões que as grávidas apontam para o facto de não terem revelado o diagnóstico centram-se na dificuldade de revelar uma doença com o estigma do VIH e, também, de não sentirem apoio ou compreensão por parte dos outros, como demonstram as seguintes afirmações:

- *“Não sei como vou dizer, nem explicar. Ele (companheiro) é uma pessoa que não entende, já sei que vai haver problemas. Ele vai pensar que fui eu, mas eu não sei... ele fez análises há dois anos mas eu não vi os resultados...”* (E17);
- *“O problema é meu... nunca se vai dizer isto a ninguém.”* (E18);
- *“Se eu abrir para alguém logo se espalha. Nós, caboverdianos, não guardam segredo, e se contar para o meu pai ele morre, ele está muito doente...”* (E21);
- *“Como se vai dizer isto às pessoas?”* (E26).

As representações sociais do VIH e da SIDA na sua vertente essencialmente discriminatória e culpabilizante leva a que os seropositivos sintam dificuldade em revelar o diagnóstico aos outros. A nível da sociedade, essas manifestações de estigma traduzem-se em isolamento e abandono social, dificuldades no emprego e consequentes dificuldades económicas, restrições nas seguradoras, afastamento dos profissionais de saúde, entre outras. Mesmo no grupo de familiares e amigos podem surgir sentimentos de raiva, pela sensação de traição, e de vergonha, determinando atitudes de afastamento ou de pouca afectividade para com o doente. A situação de crise da própria família pode impedir que criem o suporte adequado e desejado ao seu familiar seropositivo (Guerra, 1998; Sousa, 2002).

Falta, assim, ao doente o suporte social e o suporte relacional e afectivo dos familiares, tão necessário ao desenvolvimento de estratégias que ajudam a ultrapassar os sentimentos de frustração, desilusão, incerteza, medo e solidão.

Outro aspecto a analisar relaciona-se com o facto de o desconhecimento do diagnóstico por parte dos familiares condicionar as medidas preventivas e a adesão ao tratamento, pois exigir o uso de preservativo, explicar os inúmeros medicamentos e a necessidade de maior vigilância médica, pode influenciar as medidas de protecção individual e a procura de cuidados de saúde.

As razões apontadas pelas entrevistadas para o facto de revelarem o diagnóstico baseiam-se em sentimentos de confiança relativamente aos familiares (treze unidades de registo), à necessidade de desabafar (duas unidades de registo), ao pedido de informações (uma unidade de registo) e ao registo do acidente de serviço (uma unidade de registo).

Deve salientar-se o facto de que seis grávidas revelaram o diagnóstico ao companheiro apenas por sentirem obrigação de o fazerem e não como partilha de problemas, como é demonstrado nas seguintes citações:

- *“Falei com o meu marido para ele decidir se quer ficar junto comigo... não é por eu ficar doente que ele também tem de ficar.”*(E14);
- *“Expliquei para ele porque ele também tinha de fazer análises.”* (E24).

6.1.4. Representações sobre o indivíduo seropositivo e a seropositividade

No Quadro 13 encontram-se registadas as categorias e subcategorias que foram analisadas referentes ao significado da seropositividade e às representações sobre o indivíduo seropositivo, transmitidos pelos sujeitos, bem como as atitudes dos companheiros e outros, que têm conhecimento do diagnóstico, face às próprias grávidas.

Pela análise do Quadro 13, verifica-se que, no que respeita ao significado da seropositividade dado pelos sujeitos, ocorreu igual número de unidades de registo (8) entre as grávidas que consideram ser “*um momento de infelicidade e sofrimento*” e as que entendem a seropositividade igualável a uma outra doença crónica.

Para além disso, existem sete unidades de registo ligadas ao significado de “*morte precoce e inevitável*” e cinco ao conceito de estigma, o que mostra bem o aspecto negativo que a seropositividade habitualmente encerra.

A seropositividade foi, ainda, associada a alterações do aspecto físico e à ausência de cura (com duas unidades de registo respectivamente), à dependência da medicação (uma unidade de registo) e à alteração de hábitos de vida (uma unidade de registo).

Algumas grávidas atribuem um significado de seropositividade, que indiciam uma posição positiva face a esta problemática, assim descrito:

- “*Tenho muita esperança que vou viver e ver os meus filhos crescer.*” (E8);
- “*Levo isso como se fosse uma coisa normal. Se doesse ou não me deixasse trabalhar eu pensava de outra forma.*” (E9).

As atitudes positivas, referidas por alguns autores, mostram como, depois das reacções negativas iniciais e da interiorização do que significa ser seropositivo, surge a aceitação desse estatuto, actuando como mecanismo de *coping*, conduzindo a mudanças de estilo de vida dos indivíduos (Guerra, 1998).

Relacionou-se as respostas face às representações sobre as crenças do indivíduo seropositivo com o facto de as grávidas serem imigrantes de 2.^a geração (E3, E5, E21, E25, E28) tendo-se verificado que a sua maioria se encontra na subcategoria “*Momento de infelicidade e sofrimento*”, com três unidades de registo.

Relacionou-se, ainda, as respostas segundo o tempo de saída do país de origem (Vide Figura 15) considerando dois períodos – um inferior a um ano e outro superior a cinco anos. Verificou-se que as duas grávidas que saíram do país de origem há menos de um ano, responderam de forma distinta – “Comparável a outras doenças” (E23) e “Ausência de cura” (E12). As grávidas que saíram do país de origem há mais de cinco anos distribuíram as suas respostas de forma equitativa pelas quatro subcategorias mais representadas no Quadro 13.

Deste modo, parece poder concluir-se que a aculturação não tem efeito na forma como as grávidas percebem o significado da seropositividade.

Quadro 13 – Representações sobre o indivíduo seropositivo e a seropositividade

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Representações sobre as crenças do indivíduo seropositivo e a seropositividade	Significado da seropositividade	NS/NR	2
		Momento de infelicidade e sofrimento	8
		Comparável a outras doenças crónicas	8
		Morte precoce e inevitável	7
		Estigma	5
		Alteração do aspecto físico	2
		Ausência de cura	2
		Dependência da medicação	1
		Limitações de hábitos	1
	Atitudes dos companheiros que têm conhecimento do diagnóstico	Ausência de diálogo	13
		Nervoso/ansioso	5
		Desconfiança	3
		Alteração de comportamento	4
		Modificação da relação	1
		Negação	1
		Apoio/encorajamento	4
	Atitudes dos indivíduos que têm conhecimento do diagnóstico	Preocupação com a criança que vai nascer	1
		Aceitação da doença	1
		Apoio/encorajamento	1
		Surpresa	1

Continuando a análise do Quadro 13, no que respeita às atitudes dos companheiros que conhecem o diagnóstico face às respectivas companheiras, verifica-se que as respostas se podem dividir em dois grandes grupo – os que têm atitudes desfavoráveis (dezassete companheiros) e os que têm atitudes favoráveis (quatro companheiros).

É importante relembrar que apenas vinte e um companheiros têm conhecimento do diagnóstico da seropositividade da sua mulher (*Vide* Quadro 12).

No que respeita às atitudes desfavoráveis, verifica-se a seguinte distribuição:

- ausência de diálogo (treze unidades de registo);
- nervosismo/ansiedade quando falam sobre o assunto (cinco unidades de registo);
- desconfiança relativamente à causa da infecção da mulher (três unidades de registo);
- alteração de comportamento e atitudes (quatro unidades de registo);
- modificação da relação, com o afastamento total da companheira (uma unidade de registo);
- negação da doença (uma unidade de registo).

Relativamente ao problema da falta de diálogo, ele é sentido de maneira intensa pela E14, fazendo várias referências sobre o mesmo ao longo da entrevista.

No que se refere à alteração de comportamentos e atitudes do companheiro, face aos comportamentos anteriores, existe uma grávida que a ilustra com a seguinte afirmação:

- *“Dantes ele era mais carinhoso, mais amigo,... agora ele está um bocadinho esquisito,... tem o comportamento todo mudado, está mais agressivo..., está sempre a gritar.”* (E14).

No que respeita às atitudes favoráveis, apenas são quatro os companheiros que mostram atitudes de apoio e encorajamento às grávidas (E4, E6, E24, E25).

Relacionou-se a atitude destes companheiros com o seu país de nascimento, e verificou-se que dois nasceram em Angola, um na Guiné e outro em Portugal. Considerando o estado civil, constatou-se que dois são casados e outros dois vivem em união de facto. Assim, parece não existir

qualquer relação entre a atitude de apoio e encorajamento dos companheiros com as referidas variáveis.

A situação de ausência de apoio familiar pode ser um factor bastante perturbador na forma como estas mulheres se estruturam e arranjam estratégias de adaptação ao problema, na medida que revelaram o diagnóstico aos companheiros por os considerarem ser as pessoas em quem mais confiavam, mas de quem não recebem apoio.

Sobre as atitudes dos familiares e amigos que têm conhecimento do diagnóstico, deve salientar-se que das nove grávidas que revelaram o diagnóstico a outras pessoas, apenas uma mostra ter algum tipo de apoio e encorajamento, o que vem reforçar o que foi dito anteriormente sobre a falta de suporte familiar a que estas mulheres estão sujeitas.

6.1.5. Sentimentos/attitudes face à actual gravidez e ao diagnóstico da seropositividade

Neste subcapítulo analisam-se os sentimentos das grávidas e familiares relativos à actual gravidez face ao diagnóstico de seropositividade, pelo que apenas se estudam as mulheres que souberam da presença do VIH já grávidas que, relembra-se, foram dezassete.

Verifica-se, pela análise do Quadro 14, que os sentimentos e atitudes das grávidas durante a actual gravidez se alteraram significativamente após terem tomado conhecimento do diagnóstico, situação que parece compreensível face ao contexto da doença em questão.

Quadro 14 – Sentimentos/atitudes face à actual gravidez e ao diagnóstico da seropositividade

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Sentimentos/ /atitudes face à actual gravidez	Sentimentos/atitudes face à actual gravidez antes de ter conhecimento do diagnóstico	Não respondeu	3
		Felicidade/satisfação	13
		“Normal”	1
	Sentimentos/atitudes face à actual gravidez após ter conhecimento do diagnóstico	Felicidade/satisfação	4
		“Sem alterações”	1
		Tristeza	4
		Preocupação com o bebé	8
		Preocupação em não poder amamentar	1
		Resignação	2
	Sentimentos/atitudes dos companheiros face à actual gravidez após terem conhecimento do diagnóstico	Preocupação/medo	6
		Tristeza	1
		Não aceitou a gravidez	1
		Apoio/força	1
		Felicidade	4

Três grávidas não responderam à pergunta “*como se sentia relativamente à gravidez antes de saber o diagnóstico*” enveredando por outras questões que não a propriamente desejada, não conseguindo a entrevistadora canalizar as respostas para o objectivo pretendido, razão pela qual não foram consideradas.

A grávida E18 respondeu que se sentia “*normal*”, não se percebendo bem o significado da resposta, pelo que se decidiu registá-la integralmente no Quadro 14.

Todas as restantes grávidas (treze) referiram sentir-se felizes com a actual gravidez.

Após o conhecimento da seropositividade apenas cinco grávidas não alteraram a sua forma de pensar ou agir sobre a gravidez. Assim, quatro grávidas continuam felizes com a actual gravidez e uma (E18) refere “*não haver mesmo qualquer diferença*” na forma de sentir. Deve salientar-se que todas as grávidas que se mantêm felizes após o diagnóstico da seropositividade desejaram a actual gravidez – E4, E6, E15, E16, (Vide Figura 36).

As outras doze grávidas passaram a sentir-se tristes (quatro unidades de registo), a estar preocupadas com o bebé (oito unidades de registo) e com o facto de não amamentar (uma unidade de registo). Apesar destes sentimentos de tristeza e preocupação, existem duas grávidas que apresentam uma atitude de resignação face ao problema, como se pode perceber pelas seguintes afirmações:

- “*Agora já me sinto bem. Vou levando a vida para a frente.*” (E9);
- “*Já me sinto mais conformada. Também vou ficar triste até quando?*” (E27).

No que respeita aos sentimentos/attitudes dos companheiros, após o conhecimento do diagnóstico, e apesar de não haver informação relativa a estes anteriormente ao diagnóstico, também se verificam sentimentos/attitudes de preocupação/medo (quatro unidades de registo), tristeza (uma unidade de registo) e rejeição da gravidez (uma unidade de registo). Regista-se, no entanto, que alguns companheiros se mantêm felizes (quatro unidades de registo), embora se possam sentir simultaneamente preocupados, como é o caso de um companheiro:

- “*Ele está contente porque não tem filhos, ele só fica com medo que o bebé fique com este problema.*” (E15).

6.1.6. Percepção da influência da presente gravidez no futuro

Neste subcapítulo analisam-se as respostas referentes à percepção que as grávidas têm sobre a influência da presente gravidez no seu futuro e no da família, cujos resultados se apresentam no Quadro 15.

Quadro 15 – Percepção da influência da presente gravidez no futuro

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Representações associadas à seropositividade e gravidez	Percepção de como a presente gravidez pode alterar o seu futuro	Não sabe	6
		Não prevê alterações na sua vida	9
		Alterações das rotinas diárias	4
		Alterações relativas ao emprego	3
		Alterações do seu estado de saúde	3
		Perder a juventude	1
		Mais alegria	2
	Percepção de como a presente gravidez pode alterar o futuro da sua família	Não sabe	7
		Não prevê alterações no futuro da sua família	14
		Prevê alterações no futuro da sua família	7

Da leitura do Quadro 15 e no que diz respeito à percepção de como a presente gravidez pode alterar o futuro das grávidas, encontram-se presentes quatro tipos de respostas – as grávidas que não sabem se existirão alterações no seu futuro, as que não prevêm qualquer tipo de alteração, as que calculam alterações negativas e as que prevêm alterações positivas – pelo que se passa a analisar cada uma delas.

Relativamente às seis grávidas (E2, E3, E6, E15, E18, E27) que não sabem se irão ocorrer alterações, apenas uma justificou a resposta, ligando-a ao estado de saúde do futuro recém-nascido, nomeadamente ao facto deste vir a ficar ou não seropositivo, conforme se verifica na sua afirmação:

– “*Não sei, vamos esperar que o bebé nasça e logo se vê.*” (E27).

Este factor de incerteza sobre o estado serológico definitivo do bebé é também referenciado no contexto de outras respostas, que mais tarde se referirão.

Das nove grávidas (E4, E9, E13, E17, E20, E22, E24, E25, E28) que não prevêem alterações nas suas vidas devido à actual gravidez, destacam-se as seguintes respostas:

- *“Eu não penso no negativo, penso no positivo, por isso não pensei que me prejudicasse...”* (E13);
- *“Não vai alterar nada, mas vou ficar com receio de ter pouco tempo de vida e os meninos pequenos...”* (silêncio).” (E17).

Das treze grávidas que supõem vir a ter alterações no seu futuro, onze fazem-no do ponto de vista negativo, prevendo alguns problemas associados à existência desta gravidez, e duas fazem-no positivamente. Relativamente às primeiras, verifica-se que quatro grávidas (E10, E12, E16, E19) prevêem alterações a nível das rotinas diárias, das quais se destacam as seguintes afirmações:

- *“Vai influenciar dependendo do resultado do bebé... se ficar infectado vai ter que vir às consultas e fazer medicação. É preciso mais cuidado com ele... vai alterar toda a nossa rotina.”*(E10);
- *“Como mulher vou ter mais preocupações...”* (E19).

Três grávidas (E1, E5, E21) prevêem alterações a nível do emprego referindo-se principalmente à necessidade de trabalhar mais por ter mais um filho e ,também, à dificuldade de conciliar as suas obrigações com a vigiância do seu problema, como mostram os seguintes relatos:

- *“Espero ter o bebé e que não seja prejudicada no trabalho.”* (E1);
- *“A única coisa é ter que trabalhar mais um bocado.”* (E5);
- *“Esta gravidez vai influenciar em tudo. No emprego, por exemplo, tenho de fazer análises e ninguém vai dar emprego com este problema.”* (E21).

Três grávidas (E14, E23, E26) temem alterações a nível do seu estado de saúde, como mostra a seguinte afirmação:

- *“Estou preocupada, não sei como vou ficar.”* (E23).

Uma grávida (E7) refere que vai *“perder a sua juventude”* porque é jovem e tem muitos filhos.

As duas grávidas que prevêem alterações sob um aspecto positivo, referem que esta gravidez e os seus filhos lhes trarão muita felicidade, como se verifica nas suas afirmações:

- *“Vai mudar porque eu estou contente e o meu marido está muito feliz.”* (E8);
- *“Vai alterar sim a minha vida. Vai dar mais um pouco de alegria, e o que eu mais quero é que venha com saúde.”* (E11).

Deve salientar-se que, apesar destas duas grávidas manifestarem o mesmo tipo de sentimento relativamente à forma como a gravidez pode influenciar o seu futuro, apresentam uma história obstétrica diferente. A E8 tem dois filhos vivos, com três e cinco anos, e a E11 já teve um aborto e um filho morto, não tendo filhos vivos (*Vide* Figuras 29 e 32). Em comum têm o facto de ambas não terem desejado a actual gravidez (*Vide* Figura 32), embora a E11 desejasse vir a ter filhos. Desta análise parece poder concluir-se que o sentimento de felicidade e alegria não está directamente relacionado com o passado obstétrico destas mulheres.

Analisaram-se estes mesmos factores – existência de filhos e desejo da gravidez – relativamente às respostas anteriormente abordadas, verificando-se, de novo, que os mesmos não parecem interferir na forma como as grávidas prevêm a ocorrência de alterações no seu futuro, nem no tipo de modificações previstas.

Continuando a analisar o Quadro 15, no que respeita às alterações a nível familiar, verifica-se que sete grávidas não sabem se ocorrerão alterações no futuro da sua família, catorze não prevêm quaisquer mudanças e sete calculam que elas ocorram.

Relativamente às sete grávidas (E2, E3, E12, E18, E23, E24, E27) que não sabem se irão ocorrer alterações, apenas a E27 voltou a justificar a resposta, ligando-a de novo ao estado de saúde do bebé.

Das catorze grávidas que não prevêm qualquer alteração a nível familiar somente uma o justifica, referindo:

- *“Penso que não vai mudar nada. Às vezes Deus pode ajudar...”* (E13).

Das sete grávidas (E7, E10, E11, E15, E16, E17, E25) que consideram vir a existir alterações familiares apenas a E11 e a E16 o justificam, fazendo-o da seguinte forma:

- *“Também vai alterar porque a minha família quer que eu tenha filhos.”* (E11);
- *“É mais um bebé para cuidar, tem que dar mais tempo para fazer as coisas, dar atenção. É preciso diminuir o ritmo.”*(E16).

Como se pode verificar, a resposta de E11 centra-se de novo na felicidade que esta gravidez pode trazer para si e para a família. Analisou-se o momento do diagnóstico da seropositividade e de quem tinha conhecimento do mesmo, tendo-se verificado que a E11 conhecia o seu estado serológico há três anos e que o tinha comunicado ao companheiro, às irmãs e aos cunhados (*Vide* subcapítulo 5.4.1 – História de Vida Sumária de *Naira*). Assim, poder-se-á concluir que apesar de saberem do diagnóstico de seropositividade da grávida, os familiares e ela própria encaram esta gravidez com naturalidade, não prevendo que ela possa ser factor desestabilizador para o seu futuro.

No que respeita à resposta de E16, verifica-se que, apesar desta grávida supor que venham a existir alterações na sua vida, parece ligar o problema à presença de mais um filho e não, concretamente, ao facto de este trazer mais preocupações, devido ao risco da sua seroconversão.

Na realidade, esperava-se que as grávidas estivessem mais conscientes dos problemas inerentes à gravidez associada à seropositividade, considerando estes factores como geradores de alterações no âmbito pessoal e familiar.

Considera-se que a falta aparente de preocupação sobre o seu futuro e o da família prende-se com o facto de as grávidas não se encontrarem informadas sobre alguns procedimentos relativos ao seu futuro filho, sobretudo à necessidade de vigilância médica apertada, de frequentes exames e análises e, até, do risco de maior número de intercorrências que obrigam, algumas vezes, a internamentos repetidos. Para além disso, se a criança ficar seropositiva, o que se poderá determinar por volta dos dezoito meses, todos estes aspectos se irão potenciar. Estes problemas condicionarão, com certeza, toda a vida da mulher/mãe, que vê a sua vida ocupada, pouco disponível para as suas actividades profissionais, para os seus outros filhos e para o companheiro.

6.1.7. Preocupações/inquietações actuais

Analisam-se de seguida as principais preocupações/inquietações que as grávidas sentem, presentemente, ligando-as às variáveis anteriores. Como se pode observar pelo Quadro 16, obteve-se uma grande diversidade de respostas.

Quadro 16 – Preocupações/inquietações actuais

Área Temática	Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Representações associadas à seropositividade e gravidez	Preocupações/inquietações actuais	Transmissão aos filhos e feto	29
		Gravidez, parto e puerpério	14
		Evolução da doença	14
		Desconhecimento da doença	4
		Toma da medicação	7
		Amamentação	3
		Conhecimento por parte dos outros	4
		Questões financeiras	3
		Afastamento dos filhos	3
		Quem contagiou	1

Dezanove grávidas referiram estar preocupadas com a possibilidade da transmissão do VIH aos filhos que já possuem e aos que vão nascer, com vinte e nove unidades de registo, revelando tristeza e chorando quando abordam o assunto. Destacam-se as seguintes respostas:

- *“Com os meus filho, que eles não apanhem essas coisas. Nem quero dormir com eles.”* (E8);
- *“Como vai nascer a minha filha, se vai ficar bem. Eu bem não sei se vou ficar...”* Lágrimas (E21);
- *“Eu estou muito preocupada com esta gravidez, com o dia de nascer o meu bebé, com medo que ele tenha problemas.”* (E24);
- *“É por causa da criança, se ela vai nascer com o mesmo problema que eu.”* (E28).

Para além das preocupações unicamente ligadas ao aspecto da transmissão do VIH aos filhos e fetos, foram referidas outras, relacionadas com diversos aspectos que se passam a enumerar, apresentando-se as respostas mais significativas como exemplos em cada *item*:

- Preocupações relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério (catorze unidades de registo):
- *“Saber como vai decorrer o meu parto e se ele (bebé) fica positivo.”* (E11);

- *“É o dia do parto, porque tenho esta doença e as pessoas dizem que tratam mal aqui e eu não tenho ninguém... por isso tenho medo.”* Choro (E13);
 - *“Fico a pensar o que digo por causa da doença, se me vão dar atenção ou não (no parto).”* (E12);
 - *“Se o meu bebé vai nascer bem, se o meu parto vai ser normal e se vou estar bem depois de o meu bebé nascer.”* Choro (E24).
- Preocupações relacionadas com a evolução da doença e como isso pode afectar o futuro (catorze unidades de registo):
- *“É não conseguir ter saúde suficiente e não poder trabalhar... é preciso aumentar a medicação, fazer tratamentos rigorosos e não poder estar com os meus filhos.”* (E5);
 - *“É de me dar uma coisa de repente e os meus filhos ficarem sozinhos.”* Choro (E17);
 - *“O futuro, se a medicina vai para a frente, se vai haver uma vacina.”* (E19);
 - *“De morrer e de deixar o meu filho.”* Choro intenso (E20);
 - *“Um dia se eu tiver doente com quem eles (filhos) vão ficar?”* Choro (E22);
 - *“Se vou ficar magrinha, magrinha, assim tísica?”* (E21);
 - *“Fico a pensar se demoro muito tempo a viver...”* (E25).
- Preocupações no âmbito da medicação (sete unidades de registo):
- *“Não existe um medicamento que cura, para não se sofrer. Gostava não ter que tomar medicamentos.”* (E1);
 - *“Quero fazer o tratamento para eu ficar muitíssimo bem.”* (E23);
- Preocupações relacionadas com o desconhecimento da doença (quatro unidades de registo):
- *“Gostava de saber mais coisas sobre isso... é muita coisa... isto dá que pensar muito.”* (E20).
- Preocupações relacionadas com o conhecimento do diagnóstico do VIH, por parte dos outros (quatro unidades de registo):
- *“Depois do parto fico separada das outras? E a família fica a perceber?...vão escrever isso no boletim do bebé?... mas porque é que têm de escrever isso?”* (E18);

- “Quando eu vier ao médico as pessoas ficam a saber?” (E21).
- Preocupações relacionadas com a pessoa que pode ter transmitido o VIH (uma unidade de registo):
 - “Será que o meu ex-marido me pegou? Será que ele sabe e não me quis dizer?” (E9).

Depois de se analisar as preocupações /inquietações que as grávidas apresentam e voltando ao aspecto abordado no subcapítulo anterior, pode salientar-se que as grávidas têm, na verdade, um série de receios e medos relativos à existência da seropositividade, à forma como irão ficar os seus filhos, como elas próprias ficarão e como poderão fazer frente às dificuldades da própria vida. Contudo, não parecem perceber como estes problemas poderão alterar o percurso das suas vidas e das suas famílias, como anteriormente se analisou.

Considera-se que este fenómeno pode ter implícitos vários factores que se podem relacionar entre si. As grávidas podem pensar que as suas preocupações não se vão concretizar porque a fé e a força divina podem resolver os seus problemas – “às vezes *Deus pode ajudar*” (E13), “eu rezo *para que ele não fique positivo*” (E8) – ou porque não se encontram suficientemente informadas das complicações que poderão existir na realidade.

6.1.8. Dúvidas associadas à gravidez e à sua seropositividade

No Quadro 17 encontram-se registadas as categorias e subcategorias que foram analisadas em relação às dúvidas manifestadas pelas grávidas, no que se refere à gravidez e à sua seropositividade.

É importante salientar que à pergunta “*Que dúvidas lhe têm surgido neste período, ligadas a esta gravidez e à existência da seropositividade*” obtiveram-se, inicialmente, poucas respostas. Assim, decidiu-se que no final da entrevista se voltaria a colocar a questão, desta vez perguntando “*Agora que acabei as minhas perguntas, que dúvidas gostaria de esclarecer?*”. Algumas grávidas, que à primeira pergunta responderam um escasso “*não sei*”, manifestaram à segunda uma série de dúvidas.

O Quadro 17 mostra o resultado obtido a partir do conjunto de todas as dúvidas apresentadas pelas grávidas ao longo das entrevistas.

Quadro 17 – Dúvidas associadas à gravidez e à sua seropositividade

Área Temática	Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Representações associadas à gravidez e seropositividade	Dúvidas associadas à gravidez e seropositividade	Não tem dúvidas	7
		Não sabe explicar	2
		O futuro	9
		Transmissão do VIH à criança	8
		Estado serológico dos filhos	2
		Parto e Pós-parto	9
		Medicação	2
		Diferença entre VIH e SIDA	1
		Relações sexuais durante a gravidez	1
		Traição do ex-marido	1

Como se pode verificar pela análise do Quadro 17, sete grávidas não têm dúvidas quanto à gravidez e seropositividade e duas têm dúvidas, mas não as sabem explicar. As restantes dezanove grávidas expressaram um conjunto de dúvidas que foram agrupadas segundo as subcategorias apresentadas no referido quadro, com as respectivas unidades de registo.

De seguida, analisadas as diferentes respostas, destacam-se as afirmações mais significativas para os *itens* mais representados.

Das sete grávidas que responderam não terem dúvidas associadas à gravidez e seropositividade, cinco já sabiam anteriormente do seu estado serológico (*Vide* subcapítulo 5.4.1 e Figura 37), das quais quatro já viveriam pelo menos uma gravidez com esse diagnóstico associado.

Relativamente às dúvidas que as grávidas têm sobre o futuro (nove unidades de registo), as respostas centralizam-se sobre a evolução da sua doença, como é demonstrado nas seguintes afirmações:

- “*Como será daqui para a frente. Como vou ficar no futuro, se fico com aqueles efeitos...*” (E5);
- “*Como vou encarar a minha vida com essa doença...*” Silêncio (E6).

No que respeita às dúvidas sobre a transmissão do VIH à criança que vai nascer (oito unidades de registo), a E15 fá-lo de forma incisiva:

- *“É se o bebé vai nascer com este problema... quando é que eu posso saber se o bebé fica bem?”* (E15).

Na subcategoria “Parto e Pós-parto” foram englobadas todas as dúvidas ligadas ao parto – como o tipo de parto, a medicação específica para o VIH naquele momento e o apoio dado pelos profissionais – e ao pós-parto, como a amamentação, o tipo de alojamento e os registos efectuados pelos profissionais.

A grávida que mais interrogações colocou foi E18, expressando simultaneamente alguma preocupação relativa ao aspecto social da seropositividade na maternidade, situação que parece contradizer algumas respostas dadas, aparentemente despreocupadas, conforme analisado em subcapítulos anteriores. Transcreve-se, de seguida, as questões que colocou:

- *“Vou ter o parto sozinha?”*;
- *“Vão tirar o bebé?”*;
- *“E depois, fico separada das outras?”*;
- *“As visitas vão ficar a perceber?”*;
- *“A alta é rápida?”*;
- *“Mãe e bebé vão sair juntos?”*;
- *“Vão escrever isso no boletim do bebé?”*;
- *“Mas porque é que têm de escrever isso?”*;
- *“Têm mesmo que escrever isso no boletim?”* (E18).

Outro problema, também muito abordado, tem a ver com a amamentação, que sendo completamente desaconselhada cria algum desânimo e angústia, quer pelo aspecto maternal do acto, quer pelo aspecto social, sendo difícil para a mulher explicar à família e amigos o motivo porque não amamenta.

A grávida que mais dúvidas colocou a nível da amamentação foi E16, transcrevendo-se de seguida as suas questões sobre este assunto:

- *“Será que eu vou amamentar o bebé, amamentar normalmente?”*;
- *“Mas porque é que eu não posso amamentar?”*;
- *“Como vou fazer com o leite?”*;

- “Como é que é com o meu bebé?” (E16).

As dúvidas relativas à medicação prendem-se com a necessidade da toma regular e a sua eficácia, tal como é demonstrado nas seguintes questões:

- “Preciso fazer sempre a medicação,... porque às vezes fico enjoada, ou posso só fazer às vezes?” (E15);
- “É sobre a medicação (as dúvidas). Às vezes não me apetece tomar. Todo o mundo diz que a SIDA não tem cura e as pessoas morrem, por isso penso «então vou deixar de tomar». É um desespero.” (E27).

6.1.9. Estratégias de adaptação à presente gravidez face à existência do VIH

Analisam-se de seguida as estratégias de adaptação à presente gravidez, face à existência do VIH, que as grávidas referem ter realizado e que podem ser observadas no Quadro 18.

Quadro 18 – Estratégias de adaptação à presente gravidez face à existência do VIH

Área Temática	Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Estratégias de confronto com o problema	Alterações que efectuou na sua vida	Nenhumas	19
		Rotinas de trabalho	4
		Ter comportamentos saudáveis	3
		Hábitos sociais	1
		Forma de pensar	1

Verifica-se que dezanove grávidas referem não terem feito alterações nas suas vidas, o que está em consonância com as respostas analisadas anteriormente, pois a maioria não parece reconhecer a seropositividade e a gravidez como factores geradores de alterações nas suas vidas quer no presente quer no futuro.

Nove grávidas dizem ter realizado algumas alterações às suas vidas no âmbito do trabalho, dos comportamentos saudáveis, dos hábitos sociais e na forma de pensar, das quais salientamos as afirmações mais significativas para cada *item*:

- *“Tive de deixar de trabalhar. No princípio da gravidez eu estava a perder sangue e o trabalho é duro e por isso eu preferi deixar.”* (E15);
- *“Ter mais cuidado, não me cortar, ter uma vida mais calma... deixar de sair à noite.”* (E10);
- *“Eu era muito de sair e conviver com as minhas amigas e já não faço isso.”* (E21);
- *“Alterei a minha maneira de pensar. Pensava dantes que tudo era uma brincadeira mas agora penso que a vida é mais séria...”* (E20).

Concretamente às estratégias de adaptação à presente gravidez face à existência do VIH, nenhuma grávida referiu o facto de ter iniciado a terapêutica anti-retroviral no decurso desta gravidez. Na realidade, todas as grávidas iniciaram o tratamento retroviral, com o principal objectivo de prevenir a transmissão vertical. Embora para algumas esta medicação não seja uma experiência inovadora, caso das mulheres com gestações recorrentes na presença da seropositividade, para aquelas que o souberam nesta gravidez terá sido uma realidade nova, onde as regras se impõem e os efeitos adversos se instalam (como se pode verificar pelas questões levantadas por E15 e E27 no subcapítulo anterior). No entanto, este parece ser um aspecto que os sujeitos deste estudo não valorizam ou que, pelo menos, não consideram ser suficientemente perturbador de modo a exigir da sua parte uma estratégia elaborada de adaptação.

6.1.10. Suporte dado pelos Profissionais de Saúde

Neste subcapítulo é analisado o tipo de suporte dado pelos diferentes profissionais de saúde durante a actual gravidez, a opinião das grávidas sobre o apoio recebido e aquele que desejariam receber. As categorias e subcategorias determinadas encontram-se no Quadro 19.

À pergunta *“Que apoio tem recebido dos vários profissionais de saúde durante esta gravidez?”* não respondeu a E21 que diz não ter recebido, ainda, qualquer tipo de apoio e por isso sentir-se insatisfeita. A pergunta acima referida, bem como a que concerne à opinião sobre o apoio dado pelos profissionais, não foi feita a E23 por se tratar da primeira consulta, após o conhecimento do diagnóstico.

Quadro 19 – Suporte dado pelos Profissionais de Saúde

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Tipo de suporte dado pelos Profissionais de Saúde e opinião das grávidas	Suporte do Médico	Informar	18
		Comunicar	11
		Encorajar	6
	Suporte da Enfermeira	Informar	2
		Comunicar	1
	Suporte da Assistente Social	Económico	3
		Encaminhar	2
		Comunicar	1
	Opinião sobre os apoios recebidos	Não sabe	2
		Satisfação	16
		Insatisfação	9
	Desejo de outro tipo de apoio	Não Sabe	4
		Não necessita	4
		Mais Informação	15
		Reunir com outros seropositivos	10
Mais atenção		8	
Apoio do Psicólogo		7	
Encaminhamento para outras instituições		2	

Todas as grávidas, à excepção de E5, E6, E21, E23, responderam terem tido algum tipo de apoio dado pelo médico do Centro de Saúde e da Consulta de Obstetrícia. As respostas foram agrupadas em três categorias – informar, comunicar e encorajar.

Dezoito grávidas salientam os aspectos ligados à informação fornecida pelos médicos, como se pode constatar nas seguintes afirmações:

- “Os médicos explicam e orientam sobre as consultas e a medicação.” (E17);
- “Os médicos explicam bem a doença e disseram-me para o meu bem e da minha criança par eu não faltar às consultas e fazer o tratamento.” (E25).

Onze grávidas consideram os vários aspectos da comunicação como uma forma de apoio importante por parte dos médicos, como mostra a seguinte resposta:

- *“A minha médica de família ela me entende. É a única pessoa que eu falo e conto.”* (E20).

Seis grávidas referem que o apoio dado pelo médico se baseia em atitudes de encorajamento, como se verifica na seguinte afirmação:

- *“Ela me tem apoiado bastante apesar de ser muito rigorosa.”* (E13).

As opiniões sobre o tipo de suporte prestado pelos médicos parecem enquadrar-se nos resultados de um estudo referido por Nascimento e Jesuíno (2003) sobre as reacções dos utentes aos cuidados de saúde em Portugal, em que os factores de satisfação em relação aos médicos foram, por ordem de importância, a competência, a informação e a simpatia. No caso das grávidas, a dimensão “informação” foi a mais valorizada, quer como suporte recebido, quer como sugestão de melhoria, o que pode ser determinado pelo tipo de doença em questão e pela necessidade de esclarecimento da mesma.

O referido estudo mostra, ainda, que quando analisadas as determinantes da satisfação geral com os serviços de saúde, a componente competência é substituída pela relacional, que no presente estudo se designou por “comunicar” e “encorajar”.

É importante atentar, ainda, no conceito de que a “falta de informação” faz aumentar a disseminação do VIH. Embora a informação possa facilitar a adopção de medidas de prevenção e de comportamentos seguros, é preciso não esquecer que as crenças sobre a SIDA, habitualmente com tendências estigmatizantes, têm um papel preponderante sobre o comportamento dos indivíduos.

Este aspecto é, ainda mais, relevante no doente migrante. Na realidade, a escassa informação sobre a doença, a não utilização de medidas de promoção da saúde, a desadequação dos serviços de saúde às necessidades específicas destes utentes e as dificuldades dos técnicos em compreender e aceitar os aspectos culturais do processo saúde-doença são alguns dos factores que dificultam o acesso aos cuidados de saúde e o processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação das minorias étnicas (Ramos, 2004). Uma forma de combater estas disfunções centra-se no estabelecimento de uma relação empática entre os profissionais de saúde e o migrante,

desenvolvendo uma comunicação “*adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente*”, (Ramos, 2004:298).

Contudo, estudos realizados por Teixeira (Cláudio e Mateus, 2000) mostram que os profissionais de saúde apresentam uma visão científica e uma visão social sobre a problemática da SIDA impregnada de aspectos moralistas, levando-os a que como pessoas se sintam invulneráveis. Estes dados exemplificam como os conhecimentos sobre a doença podem ser ultrapassados por aspectos que nada têm a ver com a formação específica, mas que estão associados aos seus próprios valores socioculturais. Desta forma, ficará comprometido o estabelecimento das condições ideais para uma verdadeira comunicação em contexto de saúde.

No que respeita ao apoio dado pelos enfermeiros, salienta-se que apenas duas grávidas (E15, E16) referem terem tido algum apoio por parte destes durante a actual gestação, mencionando atitudes ligadas à informação dada, com duas unidades de registo, e à comunicação, com uma unidade de registo:

- “*A enfermeira do Centro de Saúde me explicou porque é que eu tinha de vir para o hospital.*” (E15);
- “*As enfermeiras do Centro de Saúde e do Hospital conversam e explicam sobre a doença.*” (E16).

Duas grávidas fizeram, também, referencia ao apoio dos enfermeiros, mas em situações vivenciadas anteriormente à actual gravidez, pelo que não foram consideradas nas categorias estudadas. Contudo, registam-se as suas opiniões pelo valor que podem representar:

- “*Os enfermeiros, quando estive internada, fizeram tudo o que puderam. Eles não tratam diferente com os outros que não têm.*” (E20);
- “*Os enfermeiros nunca falaram mal comigo e explicam-me o tratamento da criança.*” (25).

Deve salientar-se que quatro grávidas referiram-se aos enfermeiros de forma depreciativa, como é demonstrado nas respostas seguintes:

- “*Os enfermeiros são as pessoas que mais ignoram.*” (E1);
- “*Os enfermeiros e os médicos estão sempre apressados.*” (E6);

- *“Os enfermeiros não falam em nada, mas é melhor assim. Só gosto de falar neste problema com a minha médica.”*(E7);
- *“A enfermeira do Centro de Saúde está sempre a falar. Fico desconfiada se ela conta para a mulher da limpeza. Fico sempre de pé atrás, nem lhe mostro as análises.”* (E14).

As opiniões desfavoráveis sobre os enfermeiros surpreenderam a investigadora. Esperava-se uma opinião mais positiva relativamente ao apoio dado a estas grávidas seropositivas, à semelhança de resultados obtidos em outros estudos.

Um estudo de Sousa (2002) realizado em dois Hospitais de Lisboa, inquirindo doentes com critérios de SIDA há mais de seis meses, revela uma opinião bastante favorável relativamente à enfermeira e ao médico. A autora justifica os resultados pela elevada experiência dos profissionais envolvidos, uma vez que se trata de locais especializados em infecciologia. Assim, no caso do presente estudo, a insatisfação das grávidas com os enfermeiros pode dever-se à falta de preparação destes técnicos, no âmbito das doenças infecciosas em geral e da SIDA em particular. Associado à falta de preparação científica dos profissionais pode estar, também, a incompetência da organização dos serviços de saúde, que não disponibiliza locais apropriados nem recursos humanos suficientes para o atendimento personalizado destes doentes.

Continuando a analisar o Quadro 19, no que diz respeito ao apoio dado pela Técnica do Serviço Social, registaram-se cinco grávidas (E3, E5, E6, E7, E20) que referiram ter tido apoio por parte das assistentes sociais na actual gravidez, dividindo-se as suas respostas pelas seguintes categorias – apoio económico (três unidades de registo), encaminhamento (duas unidades de registo) e comunicação (uma unidade de registo).

Duas grávidas fizeram referência ao apoio dado pelas assistentes sociais em anteriores gestações pelo que não foram consideradas na presente análise.

Relativamente à opinião que as grávidas têm sobre os apoios recebidos pelos profissionais de saúde apenas responderam vinte e sete sujeitos (a E23 não foi questionada neste sentido por se tratar da primeira consulta).

Duas grávidas (E1, E18) dizem não saber se se encontram satisfeitas ou não.

Dezasseis grávidas consideram estar satisfeitas com o apoio recebido pelos profissionais de saúde, durante a actual gravidez, das quais duas justificam de forma mais clara:

- *“Sinto-me satisfeita porque tinha dúvidas que se esclareceram e deram-me forças para criar os meus filhos.”* (E4);
- *“Estou satisfeita porque os médicos são simpáticos. Conversam e dão-me a medicação para evitar o problema ao bebé e dizem-me que eu não posso falhar.”* (E15).

Contudo, nove grávidas (E3, E5, E6, E8, E9, E12, E21, E22, E24) dizem sentir-se insatisfeitas com o apoio recebido pelos profissionais de saúde, evocando razões que se prendem, essencialmente, com a insuficiente informação sobre a doença (excepto E21 que diz estar insatisfeita por ausência de qualquer tipo de apoio) como se pode verificar nas afirmações:

- *“Não temos informação ou ajuda psicológica. Nem me perguntaram se eu queria apoio de um psicólogo, para mim e para o meu marido.”* (E5);
- *“Acho que pode fazer melhor, mais conversa para dar coragem na doença.”* (E12);
- *“Devia explicar mais coisas sobre essa doença, sobre como vou ficar, como estou a tomar esses medicamentos, se eu um dia vou ficar bem.”* (E24).

Destas nove grávidas, verificou-se que quatro já sabiam o seu estado serológico antes desta gravidez e cinco souberam-no no decurso da mesma. Face aos resultados, parece poder concluir-se não existir qualquer relação entre o facto de estarem insatisfeitas e o de saberem o diagnóstico durante a gestação, ao contrário do que se esperava. Na realidade, o impacto da informação do diagnóstico pode provocar sentimentos de insatisfação, em pessoas que se encontram numa fase de sensibilidade acentuada e em que existe uma enorme necessidade de esclarecimento e apoio. Por outro lado, o facto de se saber o diagnóstico mais recentemente leva a que o contacto com os profissionais de saúde seja mais recente e, por isso, impedindo que se estabeleçam relações mais íntimas, que facilitem o diálogo aberto sobre a problemática do VIH.

Relacionou-se as opiniões de insatisfação sobre os apoios recebidos pelos profissionais de saúde com algumas variáveis – país de nascimento, segundas gerações, tempo de permanência no país, domínio da língua portuguesa e escolaridade – na tentativa de se perceber como alguns factores socioculturais podem interferir na insatisfação das grávidas, pelo que se passa a analisar cada uma delas.

No que respeita ao país de nascimento, verifica-se que três grávidas nasceram em Angola (27,2% das grávidas que nasceram neste país), três

nasceram em Portugal (60% das grávidas que nasceram neste país), duas nasceram em Guiné (33% das grávidas que nasceram neste país) e uma nasceu em Moçambique (100% das grávidas que nasceram neste país).

Quanto ao facto de se tratar de grávidas de segunda geração, verifica-se que apenas três satisfazem este critério. Assim, das restantes seis imigrantes determinou-se o tempo permanência em Portugal, tendo-se obtido os seguintes resultados: tempo de permanência inferior a um ano, uma grávida; entre um e cinco anos, quatro grávidas; entre seis e dez anos, uma grávida. Comparando estes dados com os da Figura 16, constata-se que o tempo de permanência em Portugal inferior a um ano e entre os seis e os dez anos são os mais representados (com 50% cada) na insatisfação das grávidas, no que se refere aos apoios recebidos pelos profissionais de saúde.

O fraco domínio da língua portuguesa não parece ser factor decisivo para a insatisfação das grávidas face aos apoios recebidos pelos profissionais de saúde, uma vez que apenas três grávidas apresentam esta dificuldade. Por outro lado, o aspecto da escolaridade parece associar o nível de ensino com a insatisfação das grávidas, uma vez que o mais representado é o 1.º ciclo do ensino básico com duas grávidas (representando 50% das grávidas neste nível de ensino), seguido do 2.º ciclo, com duas grávidas, do 3.º ciclo, com quatro (representando 33,3% das grávidas em cada nível) e do ensino secundário, com uma grávida (representando 25% das grávidas neste nível de ensino).

Pela observação do Quadro 19, verifica-se que na categoria “Desejo de outro tipo de apoio” foram definidas algumas subcategorias que se passam a analisar.

Quatro grávidas responderam não saber que outro tipo de apoio desejam ter (E1, E22, E23, E28) e outras quatro não necessitarem de outro tipo de apoio (E7, E8, E16, E19). Uma grávida (E3) salientou a necessidade de ter uma casa para viver com a filha. Por se tratar de uma resposta isolada e no âmbito, estritamente, de um desejo material não foi apresentada no Quadro 19. É de realçar, também, que se consideraram duas respostas inválidas por não dizerem respeito ao assunto, o que perfaz um total de três respostas anuladas.

Assim, responderam à questão dezassete grávidas, cujas respostas foram distribuídas pelas diferentes subcategorias – desejo de obter mais informação, com quinze unidades de registo, desejo de reunir com outros seropositivos, com dez unidades de registo, desejo de ter mais atenção,

com oito unidades de registo, desejo de ter apoio de um psicólogo, com sete unidades de registo, e desejo de ser encaminhada para outras Instituições, com duas unidades de registo.

Destacam-se as seguintes respostas:

- *“Gostava de poder reunir com outras pessoas seropositivas, para nos ajudarmos, porque as pessoas se fecham, guardam para si.”* (E4);
- *“Gostava de ter ajuda psicológica, ter mais atenção por parte do pessoal e de perceber bem o assunto, de estar elucidada.”* (E5);
- *“Gostava de conversar com mais alguém. Podia ser um psicólogo para aprender a ter ainda mais calma porque um dia destes as coisas vão piorar e eu devia estar preparada.”* (E9);
- *“Precisava falar com um psicólogo, como chegar às instituições que têm esse apoio; alguém para falar porque a pessoa está condenada a morrer e a nossa vida fica condicionada. Gostava de pertencer a um grupo de apoio onde cada um diz o que lhe custa, fala das suas dificuldades e dúvidas.”* (E10);
- *“Gostava que explicassem os sintomas da doença, como vou ter o meu bebé e como vou tratar dele. Qualquer forma de apoio eu gosto.”* (E12);
- *Gostava por exemplo falar com um psicólogo. Moralmente podia fazer bem, ando triste, com o astral em baixo. Precisamos de muita ajuda, amizade e companhia.”* (E13);
- *“Acho que devia haver uma escola tipo os Alcoólatras Anónimos ou a Violência Doméstica... para dar informação e não nos sentirmos sós.”* (E14);
- *“Penso que deviam conversar mais, explicar e tirar as dúvidas que nós temos.”* (E15);
- *“As pessoas falarem comigo que eu estou num sufoco desde 5.ª feira.”* (E17);
- *“Gostava de ter uma pessoa para desabafar, para explicar o que se faz e dar conselhos para lidar com esta situação.”* (E21);
- *“Eu preciso de ajuda para cuidar dele (bebé) depois do parto porque estou sozinha.”* (E26).

Relativamente às grávidas que referiram não necessitarem de outro tipo de apoio, foi analisado se o facto de terem familiares em Portugal condi-

cionava a sua opinião, tendo-se verificado que estas duas variáveis parecem relacionar-se. Das quatro grávidas que responderam dessa forma, três têm familiares em Portugal, mantendo relações com os mesmos, através de visitas frequentes e pelo telefone. Parece, assim que a existência de apoio familiar pode diminuir, em alguns casos, a necessidade de maior suporte por parte dos profissionais de saúde. Contudo, deve salientar-se que dessas três grávidas, apenas uma revelou o diagnóstico aos familiares.

Este facto parece mostrar que apesar de importante, a confiança na família não é suficientemente forte para se revelar um diagnóstico que se reveste de tanto estigma e receios. Acentua-se, assim, o isolamento familiar que associado ao isolamento social, característico das populações migrantes, favorecem atitudes de isolamento que por sua vez impedirão que o indivíduo enfrente as diferentes adversidades da vida de forma adequada (Ramos, 2004).

CONCLUSÃO

Duas décadas foram suficientes para que a SIDA fosse classificado como uma das principais catástrofes da humanidade a par de outras, como a fome, a guerra, a pobreza e a toxicodependência.

A inexistência de terapêutica e de vacinação eficazes para a infecção VIH, bem como a incapacidade de induzir rápidas mudanças de comportamento, nomeadamente a nível sexual, são as principais causas do alastramento desta endemia em todo o mundo.

O facto de a via de transmissão mais frequente ser, na actualidade, a heterossexual tem levado a um aumento de novos casos no sexo feminino, encontrando-se a maioria das mulheres em idade fértil. Esta realidade coloca alguns problemas a vários níveis, tais como a infecção do parceiro, as repercussões que a própria infecção tem na capacidade reprodutiva da mulher e a possibilidade de transmissão vertical, em caso de gravidez.

A infecção pelo VIH é, habitualmente, diagnosticada em mulheres assintomáticas, a quem foi realizada uma serologia para o VIH, como parte integrante da avaliação analítica recomendada na gravidez (Despacho 280/96 do Ministério da Saúde, Diário da República 237, II Série, de 12 de Outubro de 1996).

O rastreio na gravidez faz com que a maioria das mulheres saiba da sua seropositividade durante esta fase, sendo confrontada com a dor trazida pela perspectiva da mãe que ao dar uma vida se torna numa mãe "perigosa", portadora da morte e do sofrimento. Podem aparecer vivências negativas como sentimentos de culpa, negação, auto-imagem negativa de mulher e de mãe, tristeza e angústia que agravam ou potenciam as alterações psicológicas "normais" de qualquer mulher grávida.

Para além dos aspectos psicológicos é necessário não esquecer os factores culturais e sociais que determinam comportamentos associados à gravidez, ao nascimento e à própria maternidade/paternidade, contendo formas diferentes de a viverem e dimensionando os papéis que os diferentes intervenientes assumem. Por outro lado, aspectos ligados à pobreza e à exclusão social agravam o impacto da seropositividade da mulher e mais concretamente da gestante.

Com efeito, encontrando-se a mulher mais vulnerável às desigualdades sociais, essa vulnerabilidade aumenta quando se associa seropositividade e gravidez em mulheres migrantes. Estas encontram-se muitas vezes

sozinhas, sem qualquer apoio familiar, incapacitadas de desenvolverem as suas crenças e práticas relativamente aos cuidados de saúde e desintegradas da cultura da sociedade de origem. O estigma da doença associado aos sentimentos de tristeza, angústia e medo levam a um maior isolamento familiar, psicológico e social que potencia a exclusão a que se encontram sujeitas.

Por outro lado, dificuldades linguísticas, problemas de legalização e sentimentos de marginalização fazem com que as imigrantes recorram menos às instituições de saúde, ficando ainda mais susceptíveis ao abandono físico, social e psicológico.

Assim, na sociedade portuguesa cada vez mais multicultural, a incidência da gravidez em mulheres seropositivas para o VIH associada às minorias étnicas exige às Instituições e aos profissionais de saúde uma responsabilização no cuidar, numa perspectiva transcultural.

Foi neste contexto que se realizou a investigação, onde participaram 28 grávidas imigrantes seropositivas para o VIH. O número de sujeitos não permitirá generalizações à população de grávidas seropositivas imigrantes no País, contudo deve salientar-se que foi possível reunir uma amostra significativa face aos dados registados em 2004. Assim, a nível nacional foi diagnosticado seropositividade para o VIH a trinta e uma grávidas estrangeiras, das quais trinta são naturais de um País Africano e uma da Europa do Leste (*Vide* capítulo 3.4). No âmbito da Consulta de Obstetrícia do Hospital Fernando Fonseca, foram seguidas sessenta e uma grávidas seropositivas, das quais quarenta e três são imigrantes (*Vide* Quadro 9).

A presente Dissertação teve como principal objectivo a realização de um estudo exploratório e descritivo sobre algumas significações associadas à gravidez na presença da seropositividade para o VIH, num grupo de mulheres imigrantes. Foram, ainda, objectivos deste estudo identificar algumas características sócio-culturais e demográficas, compreender as preocupações, dúvidas e dificuldades vividas por estas mulheres, conhecer a sua opinião relativa ao tipo de apoio dado pelos profissionais de saúde durante a actual gravidez e o desejo de outros tipos de apoio, pretendendo-se identificar formas de comunicação mais eficazes.

Para a sua consecução foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. Numa primeira fase foram trabalhados os dados quantificáveis referentes às características socioculturais e demográficas, ao percurso migratório e às Histórias Obstétrica e da Seropositividade. Foi, ainda, efectuada a análise documental do Processo Clínico.

Numa segunda fase, essencialmente qualitativa, as respostas foram estudadas através de análise de conteúdo e apresentadas por áreas temáticas e respectivas categorias e subcategorias.

A análise dos dados obtidos permite constatar que a média de idades dos sujeitos é de 28,2 anos, num intervalo dos 21 aos 36 anos. A sua maioria tem uma escolaridade inferior ao 3.º ciclo do ensino básico e uma actividade profissional indiferenciada associada a situações de precariedade e de baixo salário.

Em relação ao estado civil, 82,1% são solteiras, embora a maioria viva em União de Facto. O agregado familiar nuclear é predominante, encontrando-se mais representado nas grávidas guineenses e angolanas. Seis grávidas não têm qualquer familiar em Portugal.

Os companheiros das grávidas têm uma média de idades de 30,2 anos, num intervalo dos 25 aos 53 anos. A nacionalidade mais representada é a Angolana. No que concerne à actividade profissional, 75% dos companheiros trabalham na construção civil. Quanto ao estatuto de imigrante, apenas um companheiro se encontra em situação de ilegalidade e dois aguardam decisão das autoridades.

No que se refere à História de Imigrante dos Sujeitos, verifica-se que a nacionalidade mais representada é a angolana. Apenas cinco grávidas são imigrantes de segunda geração. Todas as grávidas falam português, embora algumas apresentem fraco domínio da língua e a maioria fala dialecto. Vinte e seis grávidas saíram directamente do seu país de origem com destino a Portugal, encontrando-se 69,6% da amostra entre um e cinco anos neste país. Duas grávidas encontram-se no país há menos de um ano. O problema da integração no mercado de trabalho é a dificuldade mais apontada quer no momento da chegada, quer actualmente. Do total dos sujeitos, seis encontram-se ilegais e cinco aguardam decisão das autoridades.

Relativamente à História Obstétrica, dez grávidas não têm filhos vivos, das quais quatro nunca estiveram grávidas anteriormente. A actual gestação foi desejada por treze mulheres, verificando-se que o facto de não ter filhos potencia o desejo da gravidez. Das onze mulheres que sabiam da sua seropositividade para o VIH, apenas uma engravidou por opção. As restantes referem a ausência de método anticoncepcional ou a falha do mesmo como causas da gravidez.

Quanto à História da Seropositividade para o VIH, verifica-se que dezasete grávidas tiveram conhecimento do seu estado serológico há menos

de seis meses, onze referem desconhecer como contraíram o VIH e nove atribuem às relações sexuais o motivo da sua infecção. Dezanove grávidas não sabem quais os efeitos da seropositividade, sendo a infecção oportunista o efeito do VIH mais referido pelas restantes.

Vinte e seis grávidas têm conhecimento da existência do risco de transmissão vertical do VIH. Onze referem não desejar voltar a engravidar depois de saberem da sua seropositividade.

No que respeita às concepções e práticas de estar saudável, dez grávidas referem sentirem-se saudáveis, apesar de saberem da sua seropositividade, dezanove recorrem ao Centro de Saúde para receberem cuidados de saúde, embora apenas três o façam com regularidade, e nenhuma refere procurar soluções alternativas à medicina convencional, justificando para isso a falta de credibilidade e a desconfiança.

A revelação do diagnóstico da seropositividade foi efectuada pelo médico a vinte e sete grávidas, centralizando-se a informação fornecida na presença do VIH.

O sentimento mais comum quando confrontadas com o diagnóstico é a negação/incredulidade do facto, seguido de tristeza e de choro. Para a maioria das grávidas a seropositividade representa um “*momento de infelicidade e sofrimento*” e uma doença igualável a outra doença crónica e encontra-se associada à morte precoce e inevitável.

Apenas vinte e duas grávidas deram conhecimento do seu estado serológico aos companheiros e/ou familiares. As razões apontadas para não revelarem o diagnóstico prendem-se com aspectos ligados ao estigma da doença e ao facto de não sentirem apoio ou compreensão dos familiares ou amigos.

Os sentimentos e atitudes face à actual gravidez alteraram-se significativamente após terem tomado conhecimento do diagnóstico, passando a sentirem-se tristes, ansiosas e preocupadas. Os seus maiores receios são a transmissão do VIH aos seus filhos e o futuro destes, a gravidez, o parto e o puerpério e a evolução da doença. Sete grávidas responderam não terem dúvidas quanto à gravidez e seropositividade, o que parece contrariar algumas respostas apresentadas anteriormente. Das dúvidas mais referidas registam-se as que se ligam com o futuro, o parto e o pós-parto e a transmissão do VIH à criança.

Dezanove grávidas não procederam a alterações nas suas vidas decorrentes da presente gravidez e da existência da seropositividade e um número significativo (nove) não prevê alterações nas suas vidas futuras.

Relativamente ao suporte dado pelos profissionais de saúde, verifica-se que vinte e quatro grávidas referem ter tido algum suporte dado pelo médico, sobretudo a nível da informação, comunicação e encorajamento. Contudo, nove grávidas dizem sentir-se insatisfeitas com o apoio recebido pelos profissionais de saúde. Dezassete grávidas desejam outros tipos de suportes, evocando aspectos como mais informação relativamente ao problema de saúde, apoio psicológico e reunião com grupos de ajuda.

Da análise dos resultados apresentados podem retirar-se algumas conclusões que serão ponto de partida para a definição de algumas estratégias consideradas pertinentes.

O facto das grávidas seropositivas imigrantes se encontrarem em idade fértil (período em que a maternidade é um projecto de vida para a maioria das mulheres); terem companheiros que se encontram maioritariamente no período considerado habitual para desejarem ter filhos; de apenas uma grávida (das que sabiam anteriormente da sua seropositividade) ter desejado e programado a actual gravidez; das restantes engravidarem por ausência ou falha de método anticoncepcional e da maioria saber do diagnóstico na actual gravidez leva a se que delineie uma série de estratégias que visem um conhecimento esclarecido sobre a vivência da sexualidade, o planeamento familiar e a necessidade de um rastreio anterior à concepção.

Considera-se, assim, pertinente:

- Promover uma política de promoção de saúde e prevenção da doença, desenvolvendo programas de informação e educação, extensivas a toda a população;
- Proporcionar oportunidades para as mulheres desenvolverem capacidades relacionadas com a vivência da sua sexualidade e a sua saúde;
- Desenvolver métodos de prevenção controlados pelas mulheres (métodos de barreira), sem precisarem da cooperação do companheiro;
- Criar e promover consultas pré-concepcionais e de vigilância pré-natal permitindo detectar e avaliar factores de risco físico, psíquico e social que poderão ser minimizados ou suprimidos.

Estes são aspectos que ajudarão as mulheres, tornando-as responsáveis pelas decisões e estratégias de adaptação para fazer face aos seus problemas de saúde.

Porém, não é suficiente criar estruturas e promover estratégias de saúde se as mesmas não forem adaptadas à população alvo e, até, se os profissionais de saúde não as considerarem úteis ou não as aplicarem.

As barreiras culturais e linguísticas dificultam a abordagem junto das populações migrantes, de assuntos relacionados com a sexualidade, o planeamento familiar, as infecções sexualmente transmissíveis, a promoção da saúde e o tratamento da doença, pelo que é um problema que deve ser equacionado na forma como se comunica com o utente.

É necessário não esquecer que os imigrantes possuem saberes e práticas tradicionais de educação, rituais familiares e sociais, de promoção da saúde e tratamento da doença, que definem a sua forma de pensar, estar e agir. Aos profissionais compete conhecer essas práticas, compreendendo e respeitando a individualidade do utente, efectuando uma *"abordagem multifactorial e interactiva da saúde"* (Ramos, 2004:109), prestando cuidados sensíveis, responsáveis e culturalmente congruentes a cada cidadão.

Torna-se, então, necessário o desenvolvimento de conhecimentos e aptidões que permitam lidar com pessoas de diversas culturas e estilos de vida, diferentes valores e crenças e, mesmo, com diferentes expectativas face aos prestadores de cuidados de saúde, pelo que se considera ser uma estratégia a desenvolver na área de formação dos diferentes profissionais de saúde.

Esta abordagem global no âmbito do Cuidar implica o desenvolvimento de *"uma relação intercultural baseada numa comunicação intercultural"* (Ramos, 2001:156), onde se deve procurar estabelecer uma relação de interdependência, compreendendo e aceitando as diferenças das crenças e dos valores e encontrando as semelhanças estabelecidas entre as dos profissionais e as dos utentes.

Outra questão importante prende-se com o facto das grávidas desejarem mais informação, atenção e apoio psicológico, o que leva a considerar a urgente necessidade de criar equipas pluridisciplinares (obstetras, pediatras, enfermeiros, médicos de medicina interna, psicólogos, assistentes sociais, dietistas) que ofereçam cuidados de saúde que visem a diminuição da transmissão vertical, mas que não descurem o adequado suporte psicossocial.

O trabalho apresentado permitiu identificar as características sócio-demográficas de um grupo de grávidas seropositivas imigrantes, utentes da Consulta de Obstetrícia de um Hospital da Área Metropolitana de Lisboa.

Foi, ainda, possível identificar as razões que levam as mulheres seropositivas a engravidar, bem como os sentimentos referenciados face ao diagnóstico e as suas maiores preocupações. Foram, também, identificadas as suas opiniões sobre o apoio dos profissionais de saúde, bem como a necessidade de diferentes suportes pela parte destes.

Entende-se que foram atingidos os objectivos propostos para a realização desta investigação. No entanto, considera-se que o tempo estabelecido para a sua efectuação impediram que se aprofundassem alguns aspectos considerados pertinentes, uma vez que existiu concomitância deste com a actividade profissional da investigadora.

Surgem contudo hipóteses de futuros estudos, nomeadamente, avaliar a sensibilidade dos profissionais de saúde para a necessidade de formação no âmbito da prestação de cuidados culturalmente adaptados às minorias étnicas e de intervenção junto das mesmas. Desta forma, poder-se-á desenvolver estratégias que aproximarão os cuidados de saúde às reais necessidades dos utentes.

BIBLIOGRAFIA

- AIDSPortugal: a luta contra a SIDA em Portugal: 2004. (4/01/05).
- ALONZO, Angelo A.; REYNOLDS, Nancy R. (1995). *Stigma, HIV and AIDS: an exploration and elaboration of a stigma trajectory*. Social Science Medicine, 41 (3), pp. 303-315.
- ARROZ, Maria Jorge (2003). Populações linfocitárias: células TCD4+. Informação SIDA e outras doenças infecciosas, 7 (41), p. 18.
- AUMANN, Gretchen M.-E.; BAIRD, Margaret M. "Avaliação do risco em gestantes". In KNUPPEL, Robert A.; DRUKKER, Joan E. (1996). Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar. 2.ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 498-502.
- BAGANHA, Maria I. (1999). "Migrações internacionais de e para Portugal: o que sabemos e para onde vamos?". Revista Crítica de Ciências Sociais, (52/53), pp. 229-280.
- BARATA, Oscar Soares (1993). Introdução às ciências sociais. 7.ª ed. Venda Nova: Bertrand, vol 1.
- BARDIN, Laurence (1977). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- BENNET, Paul; MURPHY, Simon (1999). Psicologia e promoção da saúde. Lisboa: Climepsi.
- BOLANDER, Verolyn Barnes (1998). Sorensen e Luckmann em enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta.
- BRINCA, Marta (2002). Muitas mulheres transmitem o VIH sem saberem que estão infectadas. Informação SIDA e outras doenças infecciosas, 6 (33), pp.14-16.
- CABRAL, Ruben (2001). (Des)encontros ideográficos: reflexões sobre textos de Graciete Nogueira Batalha. Educação, Sociedade e Culturas, (15), pp.189-196.
- CAMACHO, Ricardo (2004). Há mais de 50 mil portugueses com HIV. Diário de Notícias. Conversa da Semana, p. 24, 16/10/04.

CÂMARA MUNICIPAL DA AMADORA (2002). Carta de equipamentos de saúde. [Amadora: Câmara Municipal de Amadora].

CÂMARA MUNICIPAL DE SINTRA. Núcleo Coordenador do Conselho Local de Acção Social de Sintra. (2004). Diagnóstico social do Concelho de Sintra. [Sintra: Câmara Municipal de Sintra].

CANAVARRO, Maria Cristina (2001). "Gravidez e maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento". *In* CANAVARRO, Maria Cristina (coord.). Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra: Quarteto, pp. 17-49.

CARIA, Telmo H. (2001). "O conceito de cultura aplicado à análise dos grupos profissionais: interrogações e comentários". *In* Educação, Sociedade e Culturas, (15), pp.199-204.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro (1998). Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (2004). Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal: 31 de Dezembro de 2003. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Documento 131. (4/01/05).

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (2005). Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal: 31 de Dezembro de 2004. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Documento 133.

CHIAVENATO, Idalberto (1999 b). Administração nos novos tempos. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Campus.

CLÁUDIO, Victor; MATEUS, Maria (2000). SIDA: eu e os outros. Lisboa: Climepsi.

COMISSÃO NACIONAL LUTA CONTRA A SIDA (2002). Testemunhos: VIH: SIDA. Lisboa: CNLCS.

COSTA, António (1995). Face-a-face com o vírus. Lisboa: CAT das Taipas. [Colectânea de Textos, 7].

COSTA, J. Almeida; MELO, A. Sampaio (1998). Dicionário de língua portuguesa. 8.^a ed. Porto: Porto Editora.

DE VITA Jr., Vincent T.; HELLMAN, Samuel; ROSENBERG, A. Steven (1991). AIDS SIDA: etiologia, diagnóstico, tratamento e prevenção. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Revinter.

DIAS, Maria Rosário, *et al* (2003). O VIH e o corpo da mulher: a contaminação da imagem feminina. (16/11/03).

DINIZ, Gonçalo Dumas (1999). O VIH no sémen (esperma): implicações para a transmissão. *Abraço*, 3 (5), p. 11.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2004). Gravidez e vírus da imunodeficiência humana. Lisboa: DGS. Circular Normativa 01/DSMIA.

FACHADA, Maria Odete (2001). Psicologia das relações interpessoais. 4.^a ed. Lisboa: Rumo, vol 1.

FERREIRA, Manuela Malheiro (2003). Educação intercultural. Lisboa: Universidade Aberta.

FERREIRA, Virgínia (1999). "Os paradoxos da situação das mulheres em Portugal". *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (52/53), pp. 199-227.

FLOR, Magda (1993). *Madrugadas de silêncio*. Funchal: Edição da Autora.

FORTIN, Marie- Fabienne (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.

GAMEIRO, Aires (1984). *Emigrantes: psicologia social: conflitos e desafios culturais*. Lisboa: Centro do Livro Brasileiro e Obra Católica Portuguesa de Migrações.

GRMEK, Mirko D. (1994). *História da sida*. Lisboa: Relógio D'Água.

QUALDA, Dulce Maria Rosa; HOGA, Luiza Akiko Komura (1997). "Pesquisa etnográfica em enfermagem". *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 31 (3), pp. 410-422.

GUERRA, Marina Perista (1998). *SIDA: implicações psicológicas*. Lisboa: Fim de Século.

GUERREIRO, Cristina (2000). A gravidez: uma perspectiva diferente. *Informação SIDA e outras doenças infecciosas*, 3 (19), pp. 26-31.

GUY, Michèle (1995). *Désir d'enfant, grossesse et séropositivité VIH*. In RUFFIOT, André; MARTIN, Jean. *Les familles face au sida*. Paris: Dunod, pp. 197-207.

HESBEEN, Walter (2000). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência.

HOSPITAL FERNANDO FONSECA (2002). Manual de políticas e procedimentos. [Documento não publicado].

HOSPITAL FERNANDO FONSECA (2005). Dados assistenciais do Serviço de Consultas no ano de 2004. Serviço de Estatística do HFF. [Documento não publicado].

HOUYEZ, François (1998). Recuperação do sistema imunitário? Abraço, 2 (4), pp. 6-8.

INE (2003). População estrangeira residente em Portugal: 2002: Resultados provisórios. [http:// \(2/7/03\)](http://2/7/03).

INE (2004). Estatísticas demográficas: 2003. Lisboa.

LAVINHA, João (2001). Mensagem. Informação SIDA e outras doenças infecciosas, 4 (24), pp. 5,7.

LEININGER, Madeleine (1995). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices*. 2.^a ed. New York: Mc Graw-Hill.

LEININGER, Madeleine (1997). "Enfermagem transcultural: imperativo da enfermagem mundial". Comunicação apresentada no II Encontro de Enfermagem de Países de Língua Oficial Portuguesa, 8-10 de Outubro 1997, Lisboa. *Enfermagem*, (10), 2.^a Série, pp. 32-36.

MACHADO, Fernando Luís. PERISTA, Heloísa (1997). "*Femmes immigrées au Portugal: identités et différences*". *Migrations Société*, 9 (52), pp. 91-103.

MACHADO, Fernando Luís (1999). "Imigrantes e estrutura social". *Sociologia – Problemas e Práticas*, (29), pp. 51-76.

MATOS, Fernanda (2005). Caracterização das grávidas seropositivas seguidas na Consulta de Obstetrícia do Hospital Fernando Fonseca durante o ano de 2004. HFF [Documento não publicado].

MELIÇO-SILVESTRE, António (2004). "Doenças infecciosas: um desafio permanentemente renovado". *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas*, 1 (1), 3.ª Série, pp. 5-6.

ANNAN Kofi (2004). Mensagem do Secretário Geral da ONU. Dia Mundial de Luta contra a SIDA. (5/01/05).

MINKOFF, L. Howard (2004). *Human immunodeficiency virus*. In CREASY, Robert K; RESNIK, Robert; IAMS Jay D.. *Maternal-fetal medicine: principles and practices*. 5.ª ed. Philadelphia: Saunders, pp. 803-814.

MIOTTI, Paolo G. *et al* (2001). "Transmissão do HIV através da amamentação: um estudo no Malawi". *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, 24 (8), pp. 267-268.

MIRANDA, António Mota (2004). Uma porta aberta para um futuro melhor. Comunicação apresentada no Simpósio realizado a 24 de Abril na Madeira. Informação SIDA e outras doenças infecciosas, 7 (44), pp. 28-29.

MOULINIER, Cécile (1995). *L'œuvre de mort dans l'œuvre de vie*. In RUFFIOT, André; MARTIN, Jean. *Les familles face au sida*. Paris: Dunod, pp. 187-195.

NASCIMENTO, José Rafael; JESUÍNO, Jorge Correia (2003). "Atitudes e representações sociais em saúde". In MOREIRA, Antônia Paredes; JESUÍNO, Jorge Correia (orgs.). *Representações sociais: teoria e prática*. 2.ª ed. João Pessoa: Universitária, pp.137-160.

OGDEN, J. (1991). A comunicação médico-paciente e o papel das crenças de saúde dos técnicos. *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi, pp. 83-104.

ONUSIDA (2004). *Number of women living with HIV increases in each region of the world*. (4/01/05).

PAIVA, Vera, *et al* (2002). "Sem direito de amar?: a vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV". *Psicologia USP*, 13 (2), pp. 105-133.

PAIXÃO, Maria Teresa (2001). Epidemiologia da infecção VIH e SIDA em Portugal. (4/01/05).

PAIXÃO, Maria Teresa (2004). A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2003. (4/01/05).

PAIXÃO, Maria Teresa (2005). Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal: 31 de Dezembro de 2004. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. Documento 13.

PARDAL, Manuela dos Santos (2001). As mulheres e o vírus da SIDA. 2.^a ed. Lisboa: CNLCS.

PASTOREX, Joseph G. (2004). “Viral diseases”. In CREASY, Robert K; RESNIK, Robert; IAMS Jay D.. *Maternal-fetal medicine: principles and practices*. 5.^a ed. Philadelphia: Saunders, pp. 481-507.

PEREIRA, Celina (1998.). *Bêjo di sodáde*: beijo de saudade. On Harpejos e Gorgeios [CD]. Lisboa: Movieplay Portugal.

PEREIRA, Eduardo (2002). População e demografia: quantos somos? como somos? Lisboa: INE. (Dossiers didáticos).

RAMOS, Natália (1993). *Maternage en milieu portugais autochtone et immigré: de la tradition à la modernité: une étude ethnopsychologique*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Paris: Universidade René Descartes, Sorbonne, II.

RAMOS, Natália (2001). “Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural”. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35 (2), pp. 155-178.

RAMOS, Natália (2002). “Educação, saúde e culturas: novas perspectivas de investigação e intervenção na infância”. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 36 (1,2 e 3), pp. 463-487.

RAMOS, Natália (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

ROCHA, Júlio César (2004). Exercício físico e infecção. *Informação SIDA e outras doenças infecciosas*, 7 (44), pp. 30-31.

ROCHA-TRINDADE, Maria Beatriz, coord. (1995). *Sociologia das migrações*. Lisboa: Universidade Aberta.

ROCHA-TRINDADE, Maria Beatriz (2004). “A realidade da imigração em Portugal”. In Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (orgs.). *I congresso imigração em Portugal: diversidade, cidadania, integração*. Lisboa: ACIME, pp. 172-184.

ROSA, Maria João Valente; SEABRA, Hugo; SANTOS, Tiago (2003). Contributos dos imigrantes na demografia portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas. (29/11/04).

ROSA, Maria João Valente (2004). "Comentário à intervenção de Maria Beatriz Rocha-Trindade". *In* Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (orgs.). I congresso: imigração em Portugal: diversidade, cidadania, integração. Lisboa: ACIME, pp. 185-188.

ROSENDO, Graça (2004). Um país de alto risco. Expresso: Caderno principal, p.2, 10/01/04.

RUQUOY, Danielle (1997). "Situação da entrevista e estratégia do entrevistador". *In* ALBARELLO, Luc *et al.* Práticas e métodos de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva, pp. 84-116.

SCARROW, Susan E. (2002). Parto obstétrico numa mulher positiva para o VIH: considerações legais e éticas. Revista de Obstetrícia e Ginecologia, 25 (5), pp. 143-149.

SANTOS, Pedro (2003). Introdução à terapêutica de combinação. [s. l.]: Publicações G. A. T.

SANTOS, Vanda (2004). O discurso do estado sobre a emigração dos anos 60 a 80 e imigração dos anos 90 à actualidade. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas. (29/11/04).

SERVIÇO ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS (2004). Relatórios: evolução global de 1981 a 2003. Lisboa: SEF.

SILVESTRE, Margarida (2000). Repercussões da infecção VIH na fertilidade. Informação SIDA e outras doenças infecciosas, 4 (21), pp. 20-23.

SOUSA, Maria Margarida Oliveira e (2002). SIDA: e a vida continua: impacto da doença na qualidade de vida da pessoa com sida: uma perspectiva de enfermagem. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. Tese de Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta (2001).

TUNALA, Letícia, *et al* (2001). Lidando com factores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde. (16/11/03).

VALA, Jorge (2001). "A análise de conteúdo". *In* SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madeira (orgs.). Metodologia das ciências sociais. Porto: Afrontamento, pp.101-127.

VIEIRA, F.R. (2004). Encerramento do VI Congresso: Dia Mundial da SIDA. (3/01/05).

SIGLAS

ARC	Complexo Relacionado com a SIDA ou <i>AID S-Related Complex</i>
ARLVT	Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo
AZT	<i>Zidovudine</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> , Atlanta
CVEDT	Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde, Lisboa
CMA	Câmara Municipal de Amadora
CMS	Câmara Municipal de Sintra
DNA	Ácido Desoxorribonucleico
ELISA	<i>Enzyme-Linked Immunosorbent Assay</i>
EU	União Europeia
EUA	Estados Unidos da América
HAART	Terapêutica anti-retroviral altamente eficaz ou <i>Highly Active Anti-Retroviral Therapy</i>
HFF	Hospital Fernando Fonseca
INE	Instituto Nacional de Estatística
LGP	Linfadenopatia Persistente Generalizada
OMS	Organização Mundial de Saúde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
RNA	Ácido Ribonucleico
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIV	Vírus da Imunodeficiência dos Símios
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TARV	Terapêutica anti-retroviral
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana
VIH 1	Vírus de Imunodeficiência Humana Tipo 1
VIH 2	Vírus de Imunodeficiência Humana Tipo 2

