



Artigos Originais

A vivência da maternidade para uma mulher soropositiva para o HIV: um estudo de caso

The motherhood existence for a woman HIV – positive: a case study

Ana Carolina Bazani¹

Pâmela Masson Silva²

Maria Rosa Rodrigues Rissi³

¹ Psicóloga, Centro Universitário de Araraquara - UNIARA.

² Psicóloga, Centro Universitário de Araraquara - UNIARA.

³ Professora Doutora, Centro Universitário de Araraquara - UNIARA.

RESUMO – A maternidade configura-se enquanto experiência singular e própria da construção da identidade feminina, sendo um momento cercado de expectativas, dúvidas, temores, acarretando a necessidade reorganização psíquica e social. Entre mulheres soropositivas para o HIV há riscos aumentados que se referem tanto à resolução favorável da gravidez quanto à condição sorológica do bebê que chegará, desencadeando angústia e apreensão por um lado, mas satisfazendo por outro o desejo próprio do feminino e possibilitando a percepção de um organismo saudável e funcional para esta mulher. O objetivo desse estudo foi compreender a vivência da maternidade para uma mulher soropositiva para o HIV. O estudo foi conduzido segundo a metodologia qualitativa através de uma entrevista individual, semi-estruturada, com ênfase nas representações sobre a maternidade, dificuldades vivenciadas no período gestacional e relações entre o exercício do papel materno e o auto-cuidado. A pesquisa foi realizada numa ONG da cidade de Araraquara, São Paulo, voltada para o atendimento a pessoas portadoras de HIV/Aids. Os resultados indicam que a vivência da maternidade é representada como a percepção de normalidade/ saúde para esta mulher e a descoberta de um novo sentido para sua vida, por um lado, e pela necessidade de enfrentamento de novas demandas por outro. O futuro da criança e de sua própria saúde também aparecem como preocupações para esta mulher, podendo desencadear reações de autocuidado e consequentemente melhora de sua saúde e qualidade de vida, mas também dificuldades geradas pelo temor à possibilidade de infecção do bebê. O papel dos profissionais de saúde no apoio a esta clientela também configura resultado importante, ressaltando a necessidade de preparo para o exercício desta tarefa. Desta forma, o presente estudo contribui para a compreensão da vivência particular de uma mãe portadora do HIV refletindo suas angústias, medos e necessidades, assim como dão visibilidade às forças e condições de enfrentamento que podem ser ativadas frente a situações difíceis como esta.

Palavras Chave: Mulher, HIV/Aids, maternidade.

ABSTRACT - Motherhood is configured as a singular experience and own in female identity construction, being a moment surrounded by anticipation, doubts, fears, bringing a need of psych and social reorganization. Among HIV-positive women is increased risks witch refer to favorable resolution of pregnancy and serology conditions of the baby that will come, triggering anxiety and apprehension on the one hand, but on the other indulge female own desire and enable the perception of health and functional organism for this woman. The aim of the present study was realize the motherhood existence in a HIV-positive woman. The study was conducted by a qualitative methodology through an individual interview, semi-structured, with emphasis on the representation of motherhood, troubles existence in pregnancy time and the relation between maternal paper and self-care. The research was realized in one ONG of Araraquara city, São Paulo, that care of HIV/Aids people. The results show us that motherhood existence is figured as a normality/health perception for this woman and finding a new sense for your life, awhile, and for the need of new demands confrontation, on the other. The child's future and your own heath appears as worry for this woman, and can unleash reactions of self-care and consequently, improvement in your health and life quality, but also problems caused by fear of the possibility of baby infection. The role of health professional in the support to this people as well configures important result, highlighting the preparation necessary for this practice. This way, the present study contributed for the realize the existence motherhood for this woman HIV-positive thinking about anxiety, fears and needs, as so give visibility to the strength and conditions to confrontation that can be activated in front of this difficult situation.

Keywords: Woman, HIV/Aids, motherhood.

1. INTRODUÇÃO

O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é um retrovírus caracterizado pela destruição progressiva do sistema imunológico do ser humano, deixando-o exposto às infecções oportunistas que podem levá-lo a óbito¹.

Conforme a afirmação de Baptista e Dias², o vírus

está presente em secreções corpóreas como as

Autor correspondente

Maria Rosa Rodrigues Rissi

Curso de Psicologia

Centro Universitário de Araraquara – UNIARA

Rua Carlos Gomes, 1338

Araraquara (SP) - CEP 14801-340

Email: mariairosarr@yahoo.com

Artigo encaminhado 03/07/2011

Aceito para publicação em 10/09/2011

vaginais, no sangue, saliva e sêmen. Ele destrói os linfócitos T4 (CD4+), levando à destruição do sistema imunológico e deixando o organismo vulnerável às doenças oportunistas, como a tuberculose, pneumonias bacterianas ou infecções neurológicas, entre outras.

As formas de transmissão melhor descritas, de acordo com o Ministério da Saúde são as relações sexuais desprotegidas cujo um dos parceiros seja soropositivo para o HIV, compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas, acidentes de trabalho e a chamada transmissão vertical, cuja contaminação pode ocorrer durante a gestação, o parto ou pela amamentação do bebê pela mãe¹.

O presente trabalho tratará em especial da questão da transmissão vertical, pois, considerando que grande parte das mulheres atingidas pela infecção está em idade reprodutiva, é bastante comum que o diagnóstico de soropositividade para o HIV seja feito durante a gestação.

Neste contexto, a transmissão vertical ou materno-infantil é a principal via de infecção por HIV em crianças. Segundo um estudo realizado em 2007, o momento do parto representa o maior risco de transmissão vertical do HIV (65%), quando a mãe é portadora. A infecção intra-útero representa 35% dos riscos enquanto que o aleitamento materno oferece riscos entre 7 e 22 por cento³.

Gonçalves e Piccinini⁴ afirmam que a prevenção da transmissão vertical é realizada através do acompanhamento pré-natal regular, administração de antiretrovirais (ARVs), exames de contagem de linfócitos TCD4 e carga viral, e cuidados relativos ao parto. O aleitamento é desaconselhado e a gestante ingere medicamentos para suspender a lactação. Segundo o Ministério da Saúde, sendo tomadas todas as medidas preventivas necessárias, as chances de transmissão são de 0 a 2%, enquanto que na ausência de tratamento, as chances sobem para 25%.

Apesar das medidas profiláticas, entre 2000 e 2007 foram constatados 36.300 casos de HIV em gestantes e todos os casos de infecção de menores de 13 anos foram devido à transmissão materno-infantil⁵.

1.1 Mulheres e AIDS: mudanças no perfil epidemiológico e na vida sexual

Considerando-se a literatura dos últimos dez anos, pode-se perceber um aumento significativo no número de publicações, advindas possivelmente do aumento do número de casos de soroconversão entre

mulheres na última década. De acordo com Sant'Anna; Seidl; et al⁶, no ano de 2004, a proporção de infecção seria de quinze homens para dez mulheres, dados bastante diferentes daqueles apresentados no início da epidemia, em que claramente os homens eram os principais atingidos. De acordo com estes autores, dos 4952 casos notificados no ano citado, 81,5% se encontravam na faixa etária entre vinte e quarenta e nove anos, revelando que a exposição ao vírus concentra-se na faixa de idade reprodutiva.

De acordo com Carvalho e Piccinini⁷, as mulheres são mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/Aids, devido às próprias características biológicas (anatômicas), pois "o semem tem uma maior quantidade de linfócitos que podem ser infectados do que o fluido vaginal, para além de que o fluido seminal também tem um efeito imunossupressivo sobre a mucosa que facilita a absorção do HIV"⁸. A mulher possui maior área de mucosa exposta que pode levar a absorção do HIV, enquanto que os homens possuem apenas o canal da uretra. O ambiente genital feminino é mais propício para o desenvolvimento de infecções e ainda há questões culturais que reforçam a submissão feminina.

Além disso, segundo Santos; Barbosa; et al⁹, o perfil de casos de mulheres com HIV no Brasil nos remete a alguns itens relacionados à sua vulnerabilidade, tais como: terem menor escolaridade do que os homens soropositivos para o vírus; maior número de mulheres que tem parceiros com múltiplas parceiras sexuais, dificuldades na negociação do uso do preservativo, entre outros fatores.

Assim, novamente ao falarmos de gênero, estamos nos referindo às diferenças existentes entre os papéis masculinos e femininos. A história da mulher é permeada por sua submissão ao homem, e as oportunidades desiguais que sempre favorecem a eles¹⁰.

Para Gonçalves¹¹, a submissão das mulheres em relação aos seus parceiros em seus relacionamentos amorosos potencializa a vulnerabilidade à infecção. Além disso, muitas mulheres estabelecem relação de dependência emocional ou financeira com seus parceiros, dificultando a percepção da própria vulnerabilidade ou mantendo esta relação mesmo depois de realizado o diagnóstico do companheiro.

Santos, Barbosa et al.⁹ discutem as dificuldades das mulheres em negociar o uso de preservativos dentro de relacionamentos estáveis, uma vez que sentem-se constrangidas com a situação, apresentando receio de que o companheiro levante suspeitas sobre suas condutas. Segundo Gonçalves¹¹, a

requisição do uso do preservativo em casais sorodiscordantes pode denunciar a condição sorológica do infectado, levando muitas vezes à necessidade de justificativas ou explicações.

Em mulheres que possuem métodos contraceptivos de barreira (laqueadura), o uso de preservativos também é dificultado, visto que a gestação que é uma das grandes preocupações, já estaria solucionada com a adoção desse método¹². Outra possibilidade seria o medo da rejeição do parceiro, medo da perda de estabilidade e confiança no relacionamento, já que a requisição do uso do preservativo pode ser interpretado como desconfiança por parte do parceiro ou infidelidade por parte da mulher; e alguns aspectos sócio-culturais e relações de poder entre os gêneros¹³.

A abstinência sexual é apontada como medida contraceptiva por 28,8% das mulheres soropositivas no estudo de Sant'Anna e Seidl¹², isto é justificado por elas pelo medo de contaminar o parceiro e o bebê (no caso de gestação). Contudo, em casos em que o parceiro é casual, o uso do preservativo é feito de forma mais incisiva¹⁴.

Estudo apresentado por Gonçalves e Carvalho; et al¹³ demonstram ainda que a infecção por HIV pode trazer uma diminuição do desejo sexual, e os fatores associados a isto podem ser o uso de medicamentos antirretrovirais que causam efeitos colaterais como a lipodistrofia, responsável por mudanças corporais, ou ainda processos psíquicos desencadeados pela infecção, como a depressão ou o medo de reinfecções.

1.2 Maternidade e AIDS

Quando pensamos na maternidade em mulheres soropositivas para HIV, isto nos remete à preocupação com a transmissão vertical, ou seja, a transmissão do vírus para o bebê através da gestação, parto ou amamentação¹².

No trabalho apresentado por Gonçalves¹¹, a transmissão do HIV dependerá de fatores como o estado nutricional da mãe e sua carga viral durante o período gestacional. Dentre as medidas profiláticas estão o acompanhamento pré-natal regular, administração de anti-retrovirais a partir da décima quarta semana de gestação e exames de contagem de linfócitos TCD4 e a carga viral de forma sistemática.

De acordo com Gonçalves e Carvalho; et al.¹³, a soropositividade da mãe pode representar um aumento no risco de ocorrer aborto espontâneo e problemas no endométrio na genitora após um ano do

nascimento do bebê, exigindo uma série de cuidados.

Após a constatação da gravidez, as mulheres soropositivas precisam buscar modos de enfrentar a situação, uma vez que não há a possibilidade de não se levar a gestação adiante, tendo como base que não é a interrupção consentida de uma gestação é crime. Por outro lado, estas mulheres acabam penalizadas por uma crença da sociedade de que são irresponsáveis por gerar um bebê nestas circunstâncias¹⁵.

Sabemos que do ponto de vista psicossocial, tanto a maternidade quanto a amamentação são funções que caracterizam o papel da mulher frente a sociedade, como bem colocam Batista e Silva¹⁶, no entanto a gestação entre mulheres soropositivas é avaliada de forma ambivalente, e se por um lado é garantido à elas o direito à reprodução, por outro questionam o direito que possuem em gerar uma criança com risco de nascer contaminada pelo vírus. Muitas vezes este julgamento representa a incorporação do discurso dos próprios profissionais de saúde, que também se posicionam de modo ambivalente frente a esses casos.

Ainda em relação à escolha de engravidar, o mais adequado seria o desenvolvimento de intervenções para informação e aconselhamento junto a essas mulheres sobre as alternativas mais seguras para engravidar e levar essa gravidez adiante¹⁵.

O aleitamento materno é visto como importante para o desenvolvimento psicológico da criança e segundo Paiva e Galvão^{17:p.418} este contato possibilita a aproximação de mãe-filho. Os autores descrevem este momento como:

Há momentos em que o bebê começa a fixar continuamente a face da mãe, percebendo seu rosto e sentindo seu calor, num misto de sensações visuais e táteis até adormecer.

Atualmente, o aleitamento é estimulado por campanhas governamentais e equipes de saúde, pois esta prática traz benefícios para o bebê e quando a mãe se depara com o diagnóstico de soropositividade para HIV e a gestação, a amamentação é desaconselhada para que se evite a contaminação da criança¹¹.

Para isso é necessário a interrupção da lactação, pelo uso de métodos e técnicas próprias. O modo mais comum, além do uso de medicamentos, é o método de enfaixamento (não hormonal), que consiste na compressão das mamas e aplicação de bolsas de gelo e compressas frias por um período menor ou igual à dez

minutos e esvaziamento da mama até cessar a produção de leite)¹⁸. Essa vivência, segundo estudo de Moreno, Rea e Fillipe¹⁸ é vista como violenta, com uma sensação de “poda”, como se fosse contra a natureza, penosa e desgastante.

Em estudo realizado por Batista e Silva¹⁶, foram evidenciados sentimentos de tristeza e inutilidade frente a não amamentação, considerando o grau de valorização que esta dá ao aleitamento.

Não amamentar também denunciaria sua situação sorológica, acarretando o medo pelas reações e preconceito por terceiros, levando a atos mentirosos, ou seja, criar desculpas socialmente aceitas para não serem julgadas frente a atitudes de discriminação e preconceito^{16,18,19}. Além disso, em nossa sociedade, conforme exposto por Roso²⁰, a amamentação é uma necessidade cultural, faz parte do dia a dia das mães brasileiras, e fugir desse padrão pode ser um indicador de não exercer adequadamente o papel de mãe.

Logo, a forma como as orientações em relação a não amamentação são transmitidas parecem influenciar sobremaneira a vivência destas mães. De acordo com Batista e Silva¹⁶ quando as informações são oferecidas apenas como a imposição por parte dos detentores do saber (médicos) não ocorre suficiente conscientização por parte destas mulheres, mesmo que sejam utilizadas justificativas científicas.

As mudanças de comportamento, assim como a compreensão menos dolorosa por parte destas mães proibidas de amamentar seus filhos somente ocorrerão se houver acolhimento e empatia por parte dos profissionais¹⁶.

As mulheres demonstram ainda repúdio e rejeição em relação ao procedimento de enfaixamento das mamas adotado pelo serviço de saúde, referindo sensações físicas como sentir-se doente e diferente, quando submetidas a estes procedimentos. Do ponto de vista psicológico demonstram sentimentos de revolta, angústia, impotência, perda da identidade feminina e materna, perda simbólica da mama, sufocamento, constrangimento, sentimentos de inferioridade, dor, tristeza, discriminação e humilhação¹⁸.

Assim como a o aleitamento é desaconselhado, a doação do leite e o aleitamento cruzado também, sendo indicada a alimentação através do leite artificial nos dois primeiros meses, e após esse período, outros alimentos podem ser englobados²¹.

Em relação aos direitos reprodutivos entre pessoas soropositivas, quando o homem é o portador do HIV, existe a possibilidade de anular os riscos de

transmissão com procedimentos como a inseminação artificial com lavagem do sêmen, em que recolhe-se o sêmen e submete-o a contínuas lavagens, diminuindo a quantidade do vírus ou a fertilização *in vitro* com esperma de um doador podem ser utilizados²². Nenhum método garante a não transmissão quando a mãe é a portadora do HIV, contudo, os cuidados já discutidos aqui podem diminuir enormemente o risco de transmissão.

Em casos em que o casal opte por meios convencionais para engravidar, aconselha-se a suspensão do sexo desprotegido, restringindo as atividades sexuais apenas aos períodos férteis da parceira¹³.

Outra possibilidade que se apresenta para casais que convivem com o HIV é a adoção.

1.3 Representações psicossociais associadas à maternidade no contexto do HIV/Aids.

Toda mulher, segundo Carvalho e Piccininni⁷ teria o desejo de ser mãe, mesmo sem conseguir admiti-lo a si mesma. Para estes autores, culturalmente haveria um modelo que normatizaria o papel feminino onde a maternidade configuraria a experiência que definiria a mulher.

De acordo com Moura; Kimura et. al.²³ ter ou não ter filhos dependerá do significado que a mulher atribui à maternidade, considerando as condições objetivas e subjetivas vivenciadas em determinadas situações. A vivência da relação que teve com sua progenitora, de certa forma influenciará a significação da maternidade e conseqüentemente, a possibilidade de engravidar²³.

Em uma pesquisa realizada na França por Moura e Praça²⁴, a representação da gravidez para as mulheres soropositivas seria equivalente a um satisfatório funcionamento de seu corpo, assim como de sua integridade psíquica. A criança teria o significado de desejo de vida da mãe e de força em relação à vida.

Neste mesmo estudo, observou-se que, para algumas mulheres portadoras do HIV, passar pela gestação e gerar um filho comprovaria certa “normalidade”, com negação do perigo presente para o feto. Na concepção destas mulheres, a capacidade de gerar uma criança valorizaria sua própria vida, além de representar um desafio contra a doença. Nestas circunstâncias, parece que um filho as ajudaria como uma força para se sentirem seguras e não sucumbirem ao vírus²⁴.

Para Carvalho e Piccininni⁷, a maternidade é vivenciada pela mulher soropositiva com dicotomia, no sentido delas apresentarem uma doença sem cura (morte) e a maternidade (vida). Além disso, em seus discursos aparecem o duplo sentido sobre suas opções, por um lado alguém que se expôs ao HIV pelas escolhas incorretas de vida, por outro a mãe boa, capaz de prover e cuidar de seu filho.

Lidar com tanta ambivalência, sem que seja necessário recorrer a processos de negação da própria condição sorológica, o que poderia acabar levando esta mulher a descuidar da própria saúde requer apoio e suporte social, no sentido de que é necessário se fortalecer para enfrentar todas as reações próprias da gravidez e principalmente as possíveis consequências psicossociais associadas à revelação da gravidez.

Ser mãe nessa situação ainda pode ser visto como um paradoxo, pois pode significar normalidade e um desafio da norma; algo estipulado às mulheres e condenável às portadoras do HIV/Aids pelo fato de expor o filho a um vírus mortal¹¹. Gonçalves e Piccininni⁷ concluíram que frente a estas circunstâncias as mães que apresentam intenso sofrimento psíquico, vivenciam neste momento dificuldades relacionadas ao autocuidado.

A maternidade exige uma reorganização psicológica e familiar. Frente a isso, a possibilidade de assimilar e lidar com a doença pode resultar no fortalecimento de uma identidade positiva garantindo um vínculo saudável junto à criança⁷.

Silva; Rocha et al.²⁵ apresentaram como resultado de seus estudos que diante todas as alterações de vida e limitações impostas pelo HIV, mães soropositivas podem desenvolver estratégias inadequadas para enfrentar e conviver com a doença, como atitudes de superproteção e medo em relação à criança, negação, subestimação do HIV, ocultação da doença, comparação do filho com outras crianças soropositivas, entre outros. Por outro lado, diante da presença de recursos saudáveis de enfrentamento, estas mulheres podem apresentar comportamentos de doação, sentimentos de esperança e uso adequado da religiosidade.

De acordo com Moura; Kimura et al.²³ gestantes soropositivas significam a gravidez de forma singular, e quando conseguem imprimir um sentido positivo a esta vivência, passam a encarar a própria experiência de vida por um novo ângulo. Em muitos casos essa gravidez é desejada, e sua concretização representa a possibilidade de realizar um projeto de vida, assim, a construção de sua identidade materna passa pelo aumento com o autocuidado, diminuindo os riscos de

transmissão vertical para o bebê.

O desejo de que nasçam saudáveis, faz com que estas mães vislumbrem uma vida saudável para a criança, motivando-as a continuar com a adesão ao tratamento, independente dos efeitos colaterais⁵.

Por outro lado, Sant'Anna e Siedl¹² nos apresentam que o medo de infectar a criança foi motivo para a mudança em relação ao desejo de se tornarem mães para as mulheres por eles entrevistadas, e a visão fatalista de HIV e morte se mostrou presente, indicando os medos em relação à eficácia da prevenção da transmissão e avanços nos tratamentos.

Rigoni; Pereira; et al.²⁶ apontam que todas as gestantes, sejam soropositivas ou não, possuem a preocupação sobre a formação do feto, e o HIV neste contexto potencializa esse temor, uma vez que a gestação se dá em um contexto de infecção e vulnerabilidade.

Com o nascimento, novos conflitos emergem, tais como medo de adoecer e morrer durante a fase de desenvolvimento de seu filho, deixando-os desamparados, acarretando a preocupação em relação a quem substituirá seu posto. Como o fator morte permeia suas vidas em seu cotidiano, se houvesse a oportunidade de escolha, suas mortes ocorreriam no período posterior à adolescência, porque nesta fase seus filhos já seriam independentes e auto-suficientes, não delegando seus cuidados a terceiros¹⁹.

Outra angústia que acomete estas mulheres é a da apreensão até que o diagnóstico sobre a sorologia de seu filho seja confirmado. Suas inseguranças e medos emergem nesta fase, que tem duração de um ano e oito meses até que todos os exames negativem ou não, fazendo com que vivenciem sentimentos de culpa, sobrecarga emocional e sofrimento¹¹.

Caso haja confirmação positiva da sorologia no filho, os pais vivenciam a perda e o luto antecipado, visto que trazem consigo que o desfecho da doença é a morte¹¹.

Vale ressaltar que muitas dessas mães são solteiras ou divorciadas, que tem de se preocupar com a criação e planejamento do futuro da criança solitariamente. Resistir à doença faria sentido, pois seria a garantia do cuidado do filho até sua independência¹¹.

Um ponto que merece atenção se refere à qualidade do atendimento prestado por profissionais da saúde a essas mulheres soropositivas. Faz-se necessário que estes profissionais estejam capacitados para atender a especificidade destas demandas, através de conhecimentos específicos da síndrome e

estabelecimento de vínculo entre a equipe e o paciente²⁷.

Segundo Minguini e Campos²⁷, os profissionais da saúde mantêm contato direto com os pacientes e sua família, e precisam estar preparados para prestar atendimentos livres de pré-concepções e julgamentos, através de um processo de comunicação transparente e que permita a compreensão, por parte dos pacientes, de todas as informações que favoreçam a adesão aos procedimentos e tratamentos propostos.

Trintin²⁸ identifica grandes dificuldades por parte dos profissionais de saúde no que se refere ao vínculo e cuidado com os pacientes, estando sua prática mais centrada em medidas preventivas relacionadas à disseminação da infecção ou aspectos técnicos como capacidade de adesão individual.

A reação negativa por parte dos profissionais de saúde quanto à gravidez no contexto de HIV pode interferir no bem-estar destas mulheres assim como despertar sentimentos de culpa¹⁷. Além do julgamento moral que sofrem da sociedade, este posicionamento pode torná-las sobrecarregadas e também interferir em seus desejos reprodutivos¹¹. A postura ideal destas equipes seria a de se posicionarem sem crenças pessoais, vislumbrando uma maior qualidade de vida e promoção de saúde¹³.

Neste contexto, o presente trabalho apresentou como objetivo geral a compreensão das vivências associadas à maternidade para uma mulher portadora de HIV a partir de um estudo de caso. Para isto, conduzimos a investigação das representações sobre a maternidade, a identificação das dificuldades vivenciadas durante o período gestacional e a análise das relações estabelecidas por esta mulher entre o exercício do papel materno e o cuidado com a própria saúde.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de Estudo

O presente estudo, realizado a partir de uma abordagem qualitativa de pesquisa, foi conduzido através do estudo de caso de uma paciente soropositiva para o HIV, com histórico anterior de duas gestações.

O termo qualitativo envolve pessoas, fatos e locais referentes ao objetivo de pesquisa e busca-se acessar o significado manifesto e latente e interpretá-lo e traduzi-lo sob a perspectiva científica²⁹.

2.2 Participantes

O convite para participar da pesquisa ora apresentada foi feito a uma mulher portadora do HIV/Aids, usuária do GASPA (Grupo de Apoio e Solidariedade aos Portadores de HIV de Araraquara) na cidade de Araraquara, estado de São Paulo, que já havia vivenciado duas gestações. A indicação para a participação desta mulher foi feita pela coordenadora da ONG (Organização Não-Governamental) após a apresentação dos objetivos da pesquisa. A entrevista foi realizada no próprio GASPA, em horário combinado com a participante.

2.3 Local de Coleta de Dados

O GASPA é uma ONG localizada na cidade de Araraquara, estado de São Paulo, que conta com a direção de uma presidente, um tesoureiro e um grupo de conselheiros.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, estavam sendo atendidas cerca de quarenta pessoas pela ONG, sendo que vinte são frequentadoras assíduas e vinte são assistidas em suas residências esporadicamente.

Dentre as atividades proporcionadas estão academia para atividades físicas, um grupo com terapeutas ocupacionais e um trabalho voluntário de alunos recém-formados em psicologia.

A Organização não-governamental autorizou a realização do presente estudo.

2.4 Procedimentos para coleta de dados

2.4.1 Rapport

O contato prévio com a paciente é importante, na medida em que permite a exposição dos objetivos e dos procedimentos do trabalho, e ainda permite ao sujeito expressar suas dúvidas quanto à atividade, também possibilita estabelecer um vínculo entre a entrevistada e as pesquisadoras.

A formação de um vínculo de confiança facilita a expressão de conteúdos pessoais importantes para a realização deste estudo.

2.4.2 Entrevistas semi-estruturadas

Foi conduzida uma entrevista individual, semi-estruturada, com ênfase nas representações sobre a maternidade, dificuldades vivenciadas no período gestacional e relações entre o exercício do papel

materno e o autocuidado. Utilizamos como forma de assegurar a compreensão de alguns aspectos importantes para o estudo, um roteiro que segundo Minayo³⁰ funciona como facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação.

2.4.3. Análise de Conteúdo das Entrevistas

Após transcrição da entrevista áudio-gravada, procedemos à leitura exaustiva do material, objetivando identificar e destacar os trechos cujos conteúdos se relacionavam ao objeto de estudo.

A análise de conteúdo permitiu a verificação dos núcleos de sentido construídos pela participante em relação às vivências associadas à maternidade.

2.5. Cuidados Éticos

Após o contato inicial com a participante do estudo, os objetivos do trabalho foram apresentados, assim como explicitados os procedimentos dos quais o sujeito foi submetido. Depois de aceitar fazer parte da pesquisa, foram apresentadas em duas vias o documento de Consentimento Livre e Esclarecido, as quais a participante deverá assinar, guardando uma consigo e permitindo que a outra seja anexada aos documentos da pesquisa.

O documento de Consentimento Livre e Esclarecido foi previamente enviado ao Comitê de Ética do Centro Universitário de Araraquara, assim como todo o projeto de pesquisa, sendo aprovado por este conforme protocolo nº 1130/10

Para não expor a participante, utilizamos o nome fictício de Maria para ela e de Paola para sua filha mais velha, citada em trechos da entrevista.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No dia um de outubro de dois mil e dez, na cidade de Araraquara, foi realizada a entrevista com a usuária da ONG GASPA, Maria, de trinta e dois anos, de descendência oriental, procedente da cidade de São Paulo, e residente, atualmente, no município de Araraquara. Maria se separou recentemente, e é mãe de dois filhos, uma menina de dez anos e um menino de oito anos.

A análise da entrevista visou identificar, investigar e avaliar a vivência da gestação para Maria, de sorologia positiva para o HIV. Após leitura e análise da entrevista, pudemos encontrar pontos convergentes

com muitos aspectos trazidos pela literatura.

De acordo com Maria a descoberta da gravidez deu-se concomitantemente a notícia de sorologia positiva para o HIV, no momento em que realizava exames para sua saída do país, uma vez que tinha planos de se mudar para o Japão.

A participante descreve esse momento como um “choque”, o que é confirmado por Araújo; Silveira; et al⁵ que sugerem que a descoberta da gravidez por si só exige uma reorganização da vida psíquica e física da mãe e que um resultado positivo para o HIV pode gerar grande impacto emocional para esta gestante.

A fala da participante aponta primeiramente uma sensação de finitude, que só é revista após o contato com informações sobre a doença e o tratamento:

(...) parece que escurece tudo, acaba, uma bomba, que cai na vida e faz bum, acabou, aí você começa a rever valores, aquelas coisas que você dava muita importância, agora não dá mais. (SIC)
 (...) o choque que você tem que vai morrer, você tem certeza, você pira, você tem certeza absoluta que está morta, e aí assim, depois que você vai se informando, você vai vivendo, vai se acostumando com o remédio, você vê que não é, mais até você se informar até sua cabeça assimilar tudo o que aconteceu, demora, você sofre e você chora, você olha e vê puts ainda tô grávida (...). (SIC)

A descoberta do HIV juntamente com a gestação, trouxe uma grande sobrecarga emocional, que parece relacionada ao desenvolvimento de um quadro de síndrome de pânico, conforme relata:

Mas na primeira (gravidez) foi onde eu desenvolvi a síndrome do pânico, também aquele medo da morte né, aí todo mundo achou que era depressão pós-parto, depois com o tempo de crises e crises aí a gente descobriu que era síndrome do pânico. (SIC)

Sua fala denota a dicotomia salientada por Carvalho e Piccininni⁷, onde gravidez é vista como vida e o HIV, como morte. “(...) gravidez é vida, mas antigamente, há dez anos atrás, HIV era morte, é igual a morte”. Ainda nos dias atuais, esse paradoxo é vivido quando tem-se esse diagnóstico, gerando angústia e sofrimento para aquelas que lidam com ele.

Em contrapartida, Araújo; Silveira; et al⁵ nos trazem que a vinda da criança funciona como um motivador para continuar lutando contra a doença, ressignificando o hoje, e possibilitando adesão maior ao tratamento e cuidados necessários. As mães demonstram desejo de seguir todas as

recomendações, mesmo se oferecer algum risco.

(...) a partir daquele momento ali, não arrisquei mais nada da minha vida. (silencia). Então assim, se me dissesse para comer pedra, eu comia pedra.

Do ponto de vista da busca pelo apoio para o enfrentamento da situação, a participante aponta a experiência de ter participado de um grupo de apoio como fundamental para o reestabelecimento de sua condição emocional. De acordo com Rasera e Japur³¹, ao discutir o potencial terapêutico de um grupo de pacientes soropositivos, conclui que este tem o potencial de apoiar e encorajar seus membros, diminuindo medos, ansiedade e a sensação de isolamento diante uma situação de sofrimento, o que permite o desenvolvimento de novas formas de enfrentamento e adaptação à doença.

É muito bom lá. Lá ele põe todos os pacientes em uma salinha, e lá já sai numa terapia natural né, ai todo mundo conversa, eu cheguei muito mal para caramba, eu cheguei chorando, que eu ia morrer, que iria deixar meu filho pros outros criar, ai todo mundo, você não vai morrer, eu já era não sei quantos filhos eu tenho, nenhum nasceu soropositivo, eu estou aqui até agora e lá ... e lá foi onde fui me tranquilizando. (SIC)

Segundo Araújo, Silveira; et al⁵, ao referirmo-nos à gestação, é necessário destacar que a reorganização que se faz necessária frente a gestação, acarreta perdas e ganhos, e primeiramente é preciso prezar pelo bem-estar da criança e mudar hábitos. Este é o modo pelo qual Maria significa ser mãe:

Ser é mãe é ter muita responsabilidade muita, ahn muda a vida inteira, você não tem horário para nada, a sua vida passa a ser, você passa a viver para a criança para mim é isso. (SIC)

O medo da morte, pelo fato de enfrentar uma doença vista como letal, apesar de possuir um status crônico, faz com que se pense no futuro, no desenvolvimento da criança, e sob os cuidados de quem esta ficará e pensar o que pode ser feito no sentido de ter uma melhor qualidade de vida e estar presente pela criança. Lidam com uma culpa por colocá-lo em tal situação e privá-lo de sua presença e auxílio no futuro¹¹.

(...) então meu filho vai ficar por aí, os outros vão criar. (SIC)

(...)eu via que ia deixar uma criança, aí, isso já era

irresponsabilidade, então sei lá, era bem difícil". (SIC)

(...) eu tenho que me cuidar agora, não posso mais viver loucamente por aí, depois que você toma um choque é diferente, você toma aquele choque, pera aí, to fazendo tudo errado, porque, aí você revê tudo que você fez. (SIC)

Outra questão bastante discutida na literatura se refere ao simbolismo atribuído à amamentação, que conforme Batista e Silva¹⁶ definiriam o papel de mãe. A fala da participante nos mostra uma resolução menos conflituosa para essa mãe, o que parece relacionado às suas vivências prévias em relação à maternidade e ao aleitamento. Como podemos observar no relato abaixo, Maria explica que o fato de não amamentar não lhe trouxe qualquer sofrimento ou desconforto, contradizendo pesquisas citadas. Vale ressaltar que a literatura aponta que quando a mãe aceita o fato de não poder amamentar, pode estar se configurando uma forma de remissão do erro anterior de ter levado à frente uma gestação que oferecia riscos à criança, diminuindo assim sentimentos de culpa.

Eu não sei o que é amamentar, então eu não senti falta. (SIC)

A fala de Maria reforça ainda os achados de Carvalho e Piccininni⁷, quando dizem que toda mulher teria o desejo, consciente ou inconscientemente, de ser mãe.

Tinha muita vontade, só achei que foi muito cedo, achei que foi muito cedo, mas acontece com todo mundo. (SIC)

Outro ponto convergente com alguns estudos aqui apresentados diz respeito à resignificação do lugar ocupado pelo HIV na vida dessas mulheres^{5,7,11}. A necessidade de se responsabilizar por um ser dependente e a possibilidade de exercer um papel saudável, representativo da própria vida e continuidade, parece fazer com que novas prioridades determinem os comportamentos dessas mulheres.

Eu esqueci um pouco do HIV, ai comecei a ser mãe, comecei a cuidar dela, a Paola veio pra mim, como eu vou falar, ela vem bem cabeça (...). (SIC)

Outra questão relevante no presente contexto se refere à qualidade da relação entre pacientes e profissionais de saúde. Como se pode verificar no estudo de Minguini e Campos²⁷, o tipo de vínculo estabelecido com o profissional fará a diferença em

relação à adesão e compreensão da doença, proporcionando maior aceitação e tranquilização por parte do paciente.

Ao se referir ao tratamento recebido por parte dos profissionais de saúde durante a gestação, a falar da entrevistada revela a percepção de atitudes de preconceito, contudo seu relato aparece desvinculado de sentimentos de inferioridade ou raiva, aparentando certa indiferença, conforme a fala a seguir:

Eu senti assim, quando a Paola nasceu, o pessoal tinha tanto medo, era há dez anos atrás, era tanto medo que me colocaram numa suíte, ficou dentro da UNIFIESP, que é uma faculdade enorme, um prédio com 3 andares, tinha uma ala lotada de mulher todo mundo junto, e eu lá, era por preconceito, mas para mim foi melhor, porque fiquei com banheiro dentro do meu quarto, dividi quarto com uma menina, não com dez pessoas, todo mundo chorando reclamando, e eu não. Ai eu senti o preconceito de um médico, ele era formado, formação, tudo, mas tinha certo preconceito, ele chegou e... como se conversasse com você, sem olhar para você, ele ficava assim "então tá bom", sabe, bem diferente. (SIC)

No entanto, é fundamental que seja reforçada a importância da qualidade da comunicação dos profissionais de saúde com os pacientes, uma vez que uma conduta ética deve primar pelo respeito ao outro e às suas escolhas³².

Quanto à relação afetiva que desencadeou a gestação, a participante do estudo reforça aspectos da vulnerabilidade feminina bastante discutida na literatura. Para Gonçalves¹¹ e Santos; Barbosa; et al⁹, as mulheres são mais vulneráveis a infecções por DST e exposição ao vírus do HIV, pois são mais submissas em seus relacionamentos amorosos devido a questões culturais e de gênero, tendo menor poder de negociação do uso de preservativos. Ao se referir à prática do uso de preservativos em sua relação, a paciente emite a seguinte fala:

(...) nenhum homem gosta, então dificilmente. (referindo-se ao uso da camisinha) (SIC).

Além disso, de acordo com Maria, até o momento do diagnóstico, ela não tinha conhecimento da sorologia de seu ex- namorado. Santos; Buchala et al¹⁴ sugerem que o temor de ser abandonado pela companheira, em decorrência de sua sorologia positiva, é um dos fatores que justificariam, para estes homens, a omissão em relação à revelação diagnóstica.

Eu não sei, quando eu peguei dele eu tinha 21 anos, fiquei dois anos como ele, ele já era aposentado, eu tinha 21 e ele tinha 30 e poucos, é 10 anos mais velho que eu, ele passou para um monte de gente. (SIC)

Na época, lá em São Paulo, me orientaram: se você quiser processar ele, ser indenizada (...).(SIC)

De modo geral, Maria parece utilizar como forma de enfrentamento das adversidades oriundas da soropositividade, a identificação com histórias positivas, fazendo associações com experiências vivenciadas por outras mulheres, sejam em situações melhores ou piores que a sua, e com isso, possibilitando maior aceitação da sua condição sorológica:

Ai você senta numa sala de espera, aí você vê aquele monte de mãe grávida, todas soropositivas, aí você vê uma, conta uma história, aí você vê, conta outra história e tem outra sabe, então vai te tranquilizando, não é só você que está passando por isso, você vê que a aquela pessoa é pior, porque ela foi sei lá, estuprada (...). (SIC)

(...) ai chega uma que eu conheci ela lá em São Paulo, que era passista na Gaviões da Fiel, uma morenaça linda maravilhosa, vocês são bobas vocês são preconceituosas, eu peguei porque eu quis, porque eu amo ele e a gente fez um filho, e foi isso. Não tive mais contato, ela estava super feliz com a gravidez, ela se preocupava com a gravidez e não com HIV, como todo mundo tava ali se preocupando com o HIV. Lá tem muita coisa para você ter exemplo, olha é legal, olha...(SIC)

Para finalizar, faz-se necessário refletir sobre a última fala da entrevistada, que parece corroborar os dados da literatura. A maternidade permite a ressignificação da condição de doente e possibilita a reintegração de forças psicológicas que favorecem o enfrentamento das dificuldades e a realização de escolhas ligadas à vida:

Se eu não tivesse meus filhos, depois que eu descobri o HIV, não sei, acho que não iria viver como antes. Porque veio assim pra mim, não como... se eu tivesse descobrido o HIV, eu ia desestimar, eu ia sair pra noite, ah sei lá, ia ser diferente, mas eu tinha um filho para criar, foi onde me manteve na linha. (SIC)

Os conteúdos discutidos apontam para uma vivência permeada por incertezas e angústias minimizadas pela grande capacidade da participante em desenvolver estratégias de enfrentamento e adaptação. Contudo, parece que a maternidade permitiu a reconstrução de sentidos em sua vida, e o

enfrentamento das dificuldades encontradas em seu percurso.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu uma aproximação do universo de sentidos construídos sobre a maternidade, para uma mulher soropositiva para o HIV.

Os elementos discutidos na literatura disponível sobre o tema apontam para algumas vivências comuns entre mulheres e maternidade no contexto do HIV/Aids como medos em relação ao futuro, desejo de manutenção da saúde e percepção positiva em relação à própria condição de saúde, entre outros.

O estudo de caso aqui apresentado confirmou dados da literatura e possibilitou a compreensão de como a participante construiu e constrói seu papel materno, assim como as dificuldades enfrentadas e as estratégias desenvolvidas para superá-las. Também foi possível compreender a forma como Maria se relaciona com seu diagnóstico, e perceber as dificuldades que apresenta em relação à aceitação e ao tratamento, embora estes não tenham sido objeto de estudo deste trabalho.

Outros estudos precisam ser desenvolvidos explorando outros aspectos referentes a essa experiência, considerando principalmente os elementos psicológicos presentes. Acredita-se que o conhecimento científico em Psicologia pode oferecer subsídios para a prática contribuindo para o fortalecimento de mulheres que vivenciam essa situação. Da mesma forma, o acesso ao apoio psicológico pode contribuir para a reestruturação psicológica destas mulheres, em seus papéis de mulher e mãe, através da identificação e utilização dos recursos emocionais disponíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual De Assistência Psiquiátrica em HIV e Aids. – 3. Ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Baptista MN, Dias RR. Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
3. Araújo LM, Nogueira LT. Transmissão vertical do HIV: situação encontrada em uma maternidade de Teresina. Rev bras enferm 2007; 60(4): 396-99.
4. Gonçalves TR, Piccinini CA. Experiência da maternidade no contexto do HIV/Aids aos três meses de vida do bebê. Psicol teor pesqui 2008; 24(4): 459-70.
5. Araújo MAL, Silveira CB, Melo SP. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. Rev bras enferm 2008; 61(5): 589-94.
6. Sant'anna, ACC, Seidl, EMF, et al. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas. Estud psicol 2008; 25(1):101-09.
7. Carvalho FT, Piccinini CA. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. Ciênc saúde coletiva 2008; 13(6): 1889-98.
8. Lourenço SRPN, Afonso HGM. HIV no feminino: vivência psicológica. Rev bras enferm 2009; 62(1):119-24.
9. Santos NJS, Barbosa RM, et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. Cad saúde pública 2009; 25(Sup 2):321-33.
10. Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. Rev esc enferm USP 2009; 43(2):401-6.
11. Gonçalves, TR. (Dissertação). A experiência da maternidade no contexto do HIV/Aids aos três meses de vida do bebê. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2006.
12. Sant'anna, ACC, Seidl, EMF. Efeitos da condição sorológica sobre as escolhas reprodutivas de mulheres HIV positivas. Psicol reflex crítica 2009; 22(2): 244-51.
13. Gonçalves TR, Carvalho FT, Faria ER et al. Vida reprodutiva de pessoas com HIV/AIDS: revisando a literatura. Psic soc 2009; 21(2):223-32.
14. Santos NJS, Buchalla CM, Fellipe EV, et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Rev saúde pública 2002; 36(4):12-23.
15. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Referências técnicas para a atuação do (a) psicólogo (a) nos Programas de DST e aids. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília, 2008.
16. Batista CB, Silva LR. Sentimento de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007; 11(2):268-75.
17. Paiva SS, Galvão MTG. Sentimentos diante da não amamentação de gestantes puérperas soropositivas para HIV. Texto & contexto enferm 2004; 13(3): 414-9.
18. Moreno CCGS, Rea, MF, Filipe EV. Mães HIV positivas e a não-amamentação. Rev bras saúde matern infant 2006; 6(2):199-208.
19. Padoim SMM, Souza ÍEO. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar. Texto & contexto enferm 2008; 17(3):510-8.
20. Roso A. Narrativas de sofrimento e vitória: transmissão vertical do HIV-1 em Porto Alegre, Brasil. Pensamento Plural 2009; (4):155-80.
21. Barroso LMM, Galvão MTG. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde e puérperas com HIV/AIDS. Texto & contexto enferm, 2007; 16(3): 463-9
22. Dalapria TR, Neto FRGX. Práticas sexuais e escolhas reprodutivas de casais sorodiferente para o HIV. DST J bras doenças sex transm 2004; 16(4): 19-26.
23. Moura EL, Kimura AF, Praça NS. Ser gestante soropositivo para o vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. Acta paul enferm 2010; 23(2):206-11.
24. Moura EL, Praça NS. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. Rev latinoam enferm 2006; 14(3):405-13.
25. Silva RAR, Rocha VM, Davim RMB, Torres GV. Formas de enfrentamento da Aids: Opiniões de mães de crianças soropositivas. Rev latinoam enferm 2008; 16(2): 260-5.
26. Rigoni E, Pereira EDS, Carvalho FT, Piccinini CA. Sentimentos de mães portadoras de HIV/AIDS em relação ao tratamento preventivo do bebê. Psico USF 2008; 13(1): 75-83.
27. Minguini MS, Campos VML. (Monografia). A comunicação como elemento estratégico no contexto da soropositividade para o HIV. Centro Universitário de Araraquara, Araraquara. 2010.
28. Trintin MR. (Monografia). Desejo de Ser Mãe de Portadoras de HIV/AIDS. Centro Universitário de Araraquara, Araraquara. 2005.

29. Chizzotti, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. *Revista Portuguesa de Educação*, 2003; 16(2): 221-36.
30. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 3^a. edição, 1994.
31. Rasesa EF, Japur M. Grupo de apoio aberto para pessoas portadoras do HIV: a construção da homogeneidade. *Estud psicol* 2003; 8(1): 55-62
32. Rosa ACM, Zordan D, Tiago MCS. (Monografia). Profissionais de saúde e as representações sobre o cuidar e o morrer de pacientes soropositivos. Centro Universitário de Araraquara, Araraquara. 2008.