

**RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NO CONTEXTO DE INFECÇÃO MATERNA
PELO HIV/AIDS: A CONSTITUIÇÃO DO VÍNCULO
DA GESTAÇÃO AO TERCEIRO MÊS DO BEBÊ**

Evelise Rigoni de Faria

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia sob orientação do Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini, PhD

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa Pós-Graduação em Psicologia
Porto Alegre, abril de 2008.

“No momento em que uma criança nasce, a mãe também nasce. Ela nunca existiu antes. A mulher existia, mas a mãe, nunca. Uma mãe é algo absolutamente novo”.

(Rajneesh)

Agradeço em especial algumas pessoas que foram fundamentais nesta caminhada:

Tasso, meu marido e eterno namorado; o protagonista do momento mais importante da minha vida! Definitivamente “estranho seria se eu não me apaixonasse por você...”

Meu pais, Aldoir e Olmira, minhas grandes inspirações. Se puder ser para os meus futuros filhos um terço do que vocês são para mim, estarei realizada!

Meus irmãos, Eduardo e Fernanda, pela torcida e presença constantes.

Meu orientador, Prof. Cesar Augusto Piccinini, pelas valiosas contribuições e inspiração profissional, desde os tempos da Especialização.

As professoras Débora Dell’Aglia, Luciana Castoldi e Eva Neri Rubim Pedro, pela participação em minha banca examinadora, com suas valiosas contribuições.

Minhas colegas Fernanda, Tonantzin e Cristina Hugo, pela amizade e parceria, além do árduo trabalho frente ao projeto de pesquisa.

Minhas colegas Ana Paula, Cristina Saling e Silvana, pela amizade e companheirismo dentro e fora do mestrado.

As colegas do GIDEP, pelo profissionalismo e inspiração.

A equipe de infectologia do Grupo Hospitalar Conceição, por viabilizarem a realização desta pesquisa.

As participantes do estudo, pela confiança e disposição em compartilharem de suas histórias.

Meus grandes amigos Gabi, Marco, Rafa, Lela, July, Fabi, Sheila, pela amizade e pelas energias positivas.

A todos, meu eterno agradecimento!!!

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	06
RESUMO	07
ABSTRACT	08
<i>CAPÍTULO I</i>	
INTRODUÇÃO	
1.1. Apresentação	09
1.2. Aspectos históricos, clínicos e psicossociais da epidemia de HIV/Aids	09
1.3. Gestação e HIV/Aids	14
1.4. Nascimento, relações iniciais, desenvolvimento infantil no contexto do HIV/Aids...	19
1.5. Justificativa e objetivos	31
<i>CAPÍTULO II</i>	
MÉTODO	
2.1. Participantes	33
2.2. Delineamento e procedimentos	34
2.3. Instrumentos.....	35
<i>CAPÍTULO III</i>	
RESULTADOS E DISCUSSÃO	
Caso 1: Mãe – Patrícia; Bebê – Jonas.....	38
Caso 2: Mãe – Mônica; Bebê – Igor.....	51
Caso 3: Mãe – Valquíria; Bebê – Maria Carolina.....	61
Caso 4: Mãe – Regina; Bebê – Paulo.....	72
Caso 5: Mãe – Diana; Bebê – Ana Clara.....	85
<i>CAPÍTULO IV</i>	
DISCUSSÃO GERAL	
Considerações finais.....	106
REFERÊNCIAS	
	109

ANEXOS

Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	116
Anexo B. Entrevista de dados sócio-demográficos da família	117
Anexo C. Entrevista sobre a gestação em situação de infecção pelo HIV/Aids.....	118
Anexo D. Entrevista sobre maternidade em situação de infecção pelo HIV/Aids	121
Anexo E. Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê e a interação mãe-bebê no contexto de infecção materna pelo HIV/Aids	123
Anexo F. Estrutura de categorias e subcategorias temáticas.....	127

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados Sócio-Demográficos das Mães34

RESUMO

Investigou-se a relação mãe-bebê no contexto de infecção materna pelo HIV/Aids, desde a gestação até o terceiro mês de vida do bebê. Mais especificamente, investigou-se a influência da infecção sobre a constituição do vínculo entre mãe e bebê. Participaram do estudo cinco mães portadoras de HIV/Aids, primíparas, entre 19 e 37 anos, em sua maioria casadas. As mães realizaram acompanhamento pré-natal especializado na rede pública de saúde de Porto Alegre. A pesquisa teve um delineamento de estudo de caso coletivo, sendo cada caso investigado no final da gestação e no terceiro mês do bebê. Análise de conteúdo qualitativa foi utilizada para se examinar as entrevistas com base em três categorias: *vivência da maternidade*, *desenvolvimento do bebê* e *relacionamento mãe-bebê*. Os resultados indicaram que a infecção pelo HIV/Aids agregou ansiedades específicas àquelas já presentes na maternidade. Entre essas se destacam preocupação com a transmissão do vírus ao bebê, medo do preconceito, frustração por não amamentar, preocupação com a adaptação do bebê ao leite industrializado e ao tratamento. Apesar destas dificuldades, prevaleceram nos relatos das mães satisfação com a maternidade, percepção de um desenvolvimento saudável do bebê, e cuidados e interações com bebê, indicando uma relação mãe-bebê repleta de afetos. Os resultados revelam que o HIV/Aids não tem necessariamente um impacto negativo para a qualidade da relação mãe-bebê, mas pode ser um fator de risco quando outras situações adversas estão presentes, entre elas intensa ansiedade da mãe diante da função materna, falta de apoio do pai e da família. Discute-se a importância de intervenções psicológicas que auxiliem estas mães a lidar com as ansiedades diante do HIV/Aids e da maternidade, e assim favoreçam o estabelecimento de uma relação mãe-bebê saudável.

Palavras-chave: HIV/Aids, relação mãe-bebê, maternidade.

ABSTRACT

This study investigated mother-infant relationship in the context of HIV maternal infection, from pregnancy to the infant's third month of life. It investigated especially the effect of the infection on the constitution of mother-infant relationship. The participants were five primiparous mothers suffering from HIV/Aids, aged between 19 and 37. Most of them were married. Mothers had prenatal care at a public health centre for treatment of HIV/Aids, in Porto Alegre. A collective case-study design was used. Data were collected at the end of pregnancy and during the infant's third month of life. Content analysis was carried out based on three categories: *experience of motherhood*, *infant development* and *mother-infant relationship*. The results indicated that HIV/Aids infection brought specific anxieties which added to those inherent to motherhood experience. Among these were a concern about the transmission of the virus to the baby, the fear of prejudice, the frustration for not breastfeeding, the concern with the use of baby milk powder and treatment. Despite these difficulties, mothers' satisfaction with motherhood prevailed, as well as perception of a healthy infant development, adequate care and interactions with the baby, indicating a relationship full of mother-infant affects. The results show that HIV/Aids does not necessarily have a negative impact on the quality of mother-infant relationship, but may be a risk factor when other adverse situations are present, such as women's intense anxiety regarding the mother's role, the lack of father and family support. The importance of psychological interventions that may help these mothers to cope with the anxieties facing the HIV/Aids and motherhood, and thus promote a healthy mother-infant relationship is discussed.

Keywords: HIV/Aids, mother-infant relationship, motherhood.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação

As primeiras relações entre mãe e bebê são de grande importância para o desenvolvimento infantil. Dificuldades vivenciadas por um dos membros da díade podem afetar as interações e a relação mãe-bebê. Quando as primeiras trocas entre mãe e bebê ocorrem no contexto de infecção materna pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), há a possibilidade de que efeitos diretos e indiretos da infecção afetem a qualidade da relação entre mãe e filho. Neste sentido, o presente estudo teve por objetivo investigar a relação mãe-bebê no contexto de infecção materna pelo HIV/Aids, desde a gestação até o terceiro mês de vida do bebê. Mais especificamente, investigou-se a influência da infecção sobre a constituição do vínculo entre mãe e bebê.

Inicialmente, apresenta-se uma revisão da literatura sobre os aspectos gerais da epidemia de HIV/Aids, ressaltando o seu perfil atual, o impacto psicossocial e a transmissão materno-infantil. Após, discutem-se questões relativas à gestação, nascimento e relações iniciais entre mãe e bebê, focalizando suas particularidades quando estas ocorrem junto à infecção. Ainda, serão revisados alguns achados sobre o desenvolvimento infantil no contexto de HIV/Aids.

1.2. Aspectos históricos, clínicos e psicossociais da epidemia de HIV/Aids

A infecção pelo HIV/Aids é considerada pela Organização Mundial da Saúde a epidemia de maior gravidade dos últimos 50 anos (Regato & Assmar, 2004; Un aids, 2007). Estima-se que, em 2007, havia 33 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids no mundo e que 2 milhões de pessoas morreram em decorrência da doença neste ano (Un aids, 2007). Grande parte dos indivíduos infectados pelo HIV/Aids habita a África subsaariana, que alcança aproximadamente 68% do total de infectados no mundo (Un aids, 2007).

Quanto à população brasileira, estimativas de 2004 (Szwarcwald & Souza Jr., 2006) indicavam prevalência de, aproximadamente, 600 mil casos de infecção pelo HIV/Aids na população de 15 a 49 anos. Quanto aos casos de Aids, até junho de 2007, foram notificados pelo Ministério da Saúde 474.273 casos (Brasil, 2007). De 1980 a outubro de 2006, o Brasil registrou 192.709 óbitos por Aids, sendo que 9.561 ocorreram em 2006. As taxas de incidência da doença cresceram de forma acelerada até 1998, e apresentaram uma redução da

velocidade de crescimento após este ano. Entre os estados brasileiros, destaca-se a maior incidência de casos na Região Sul (17/100.000), acompanhada de uma provável desaceleração, uma vez que atingiu seu índice máximo em 2002 (25,7/100.000) (Brasil, 2007). É importante ressaltar que, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2007), estes dados provavelmente refletem a capacidade operacional do sistema de vigilância epidemiológica dos estados, o que explicaria as diferenças regionais.

A infecção pelo HIV provoca uma deterioração do sistema imune, tornando a pessoa vulnerável a doenças oportunistas que podem levar à morte. O vírus da Aids pode ser transmitido de um indivíduo para o outro através do contato sexual, do contato sanguíneo e da mãe para o bebê (Negra, 2006; Oliveira, Mann, & Oliveira, 2002). As primeiras referências à Aids ocorreram no início dos anos 80, nesta época denominada *Câncer Gay* (Ayres, França Jr., Calazans, & Saletti Fo., 1999; Oliveira & Weinstein, 2004). Este período foi marcado pela descoberta do vírus, cujas primeiras notificações de casos ocorreram nos Estados Unidos e na França, e predominavam entre homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis, na época denominados *grupos de risco*. Segundo os autores, a partir da metade da década de 80, observaram-se crescentes notificações de Aids em diferentes países e populações, o que a tornou um fenômeno global, configurando o caráter pandêmico da epidemia.

Nos últimos anos, a epidemia de HIV/Aids vem apresentando um perfil específico, caracterizado pela cronificação, pauperização, interiorização e heterossexualização (Ayres et al., 1999; Brito, Castilho, & Szwarcwald, 2001; Oliveira & Weinstein, 2004). Oliveira e Weinstein (2004) salientaram que a cronificação da epidemia é resultado do avanço das terapias medicamentosas que, apesar de não oferecerem cura à doença, podem retardar o aparecimento da Aids, provocando um aumento significativo na sobrevivência dos indivíduos infectados. Entre os principais avanços científicos referentes ao combate ao vírus HIV, destaca-se a descoberta do *coquetel*, que ocasionou importante impacto na taxa de mortalidade da população infectada. O coquetel foi divulgado oficialmente em 1996 e é composto pela combinação de anti-retrovirais. Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2007), os remédios anti-retrovirais são distribuídos gratuitamente à população brasileira desde 1996 e têm provocado redução das taxas de mortalidade na população masculina e estabilização desses índices na população feminina.

Enquanto doença crônica, a infecção pelo HIV/Aids apresenta início, curso e conseqüência, e o indivíduo pode vivenciar diferentes fases clínicas da infecção, que vão desde um estágio assintomático até o quadro de Aids, quando se instalam as doenças oportunistas mais graves (Brasil, 1999). Diversos autores têm referido que, diante da realidade da cronificação da epidemia, as pessoas portadoras de HIV/Aids precisaram aprender a

conviver com a doença, o que passou a exigir dos tratamentos de saúde, além do controle da infecção, a promoção da qualidade de vida (Fernandes & Horta, 2005; Oliveira et al., 2002).

A tendência de pauperização da epidemia consiste no aumento de casos entre populações com situação econômica desfavorável e baixa escolaridade (Brito et al., 2001). Segundo os autores, em 1985, 76% da população de indivíduos com Aids apresentavam escolaridade de nível médio ou superior e 24% eram analfabetos ou estavam entre os quatro anos do ensino fundamental. Tal situação foi modificada, conforme registram os dados de 1999, no qual constam que 74% eram analfabetos ou tinham o nível fundamental, enquanto 26% tinham nível médio ou superior. Já o fenômeno de interiorização da epidemia é descrito por Brito et al., (2001) como sendo a expansão de casos de infecção em cidades do interior, contrariando a tendência inicial, na qual a maioria dos casos estava situada no eixo Rio-São Paulo e metrópoles regionais. Desde o final da década de 80, a tendência de expansão da epidemia é a difusão da doença a partir dos grandes centros urbanos para municípios de médio e pequeno porte do interior do país.

No que diz respeito à tendência de heterossexualização da epidemia, esta consiste no aumento de casos de transmissão via sexual, o que tem sido observado na década de 90 até os dias de hoje (Brito et al., 2001; Unaid, 2007). Tal fato é responsável pelo aumento de casos de HIV/Aids entre as mulheres, ou feminização da epidemia, que vem a ser o mais importante fenômeno para o momento atual da epidemia. No Brasil, este fenômeno também vem sendo constatado e a diferença na razão de homens e mulheres infectados está diminuindo. Em 2005, esta razão já era de 1,5 homens para 1 mulher infectada pelo HIV/Aids, diferentemente de 1986, quando havia aproximadamente 15 homens para uma mulher infectada pelo vírus. (Brasil, 2007). No Brasil, de 1980 a junho de 2007, 159.793 casos de Aids em mulheres foram notificados, sendo que a maior prevalência situa-se entre os 20 e 49 anos de idade, que compreende uma faixa etária em que os indivíduos encontram-se com vida sexualmente ativa e em idade reprodutiva (Brasil, 2007). Tal fato leva a atentar ao período da maternidade no contexto do HIV, em especial pela possibilidade de infecção do bebê através da transmissão materno-infantil.

No período de 2000 a junho de 2007, 36.326 gestantes com HIV foram notificadas no Brasil (Brasil, 2007). Szwarcwald e Souza Jr. (2006) coletaram dados de 189 maternidades de 152 municípios do Brasil e constataram ser de 0,61% a prevalência de HIV/Aids entre parturientes. Tal achado indica uma estabilização desta taxa nesta população, visto que, em 2000, a taxa estimada foi de 0,65%, o que, segundo os autores, indica um resultado positivo das ações de controle da epidemia na população brasileira. Considerando-se a relação entre gestação e HIV/Aids, revisa-se, a seguir, alguns achados relativos à transmissão materno-

infantil do vírus, cujo cenário se desenvolve ao longo do processo de gestação, parto e puerpério da mulher portadora de HIV/Aids.

A gestação no contexto de infecção pelo HIV/Aids é acompanhada pela possibilidade da transmissão materno-infantil do vírus, ou transmissão vertical, que consiste na transmissão do HIV da mãe portadora para o bebê pela exposição deste durante gestação, trabalho de parto, parto ou aleitamento (Negra, 2006; Pluciennik, 2003). No Brasil, 83,4 % dos casos de Aids em crianças menores de 13 anos ocorreram por transmissão materno-infantil, sendo que as taxas de crianças infectadas por essa via vem diminuindo, passando de 981 novos casos no ano de 1997 a 320 casos diagnosticados em 2006 (Brasil, 2007).

Desde 1994, a transmissão materno-infantil do HIV tornou-se passível de prevenção através dos resultados do protocolo do ensaio clínico em Aids pediátrica 076 (*Pediatric Aids Clinical Trial Group 076*), financiado pelo Ministério da Saúde dos Estados Unidos (Cardoso, 2006; Pluciennik, 2003). Este estudo propôs o uso da zidovudina (AZT) profilática na gestação, parto e primeiras seis semanas de vida do bebê, o que acarretou em considerável redução do risco de infecção do recém-nascido.

Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2006a; Pluciennik, 2003), o Brasil passou a adotar as medidas de profilaxia da transmissão materno-infantil desde 1996, que incluem: o oferecimento do exame anti-HIV a todas as gestantes; o uso de anti-retrovirais a partir da 14^a semana de gestação pelas mães portadoras de HIV; o uso de preservativo em todas as relações sexuais visando prevenir reinfecções; o uso de AZT injetável por pelo menos três horas antes do nascimento e durante o parto; o parto por cesariana para gestantes com carga viral a partir de 1.000 cópias/ml ou desconhecida; o uso de AZT xarope pelo bebê nos primeiros 42 dias de vida e de medicação para prevenção de pneumonia a partir da quarta semana de vida até definição do seu diagnóstico; a contra-indicação do aleitamento materno.

Após o nascimento do bebê, este é acompanhado em centros especializados e realiza-se testagens sorológicas até a definição de seu diagnóstico, que ocorre até os 18 meses, podendo ocorrer antes desta idade quando exames forem submetidos a técnicas mais específicas, voltadas à investigação da presença do vírus, de antígenos virais ou do genoma viral (Brasil, 2006b; Negra, 2006). A adoção das medidas profiláticas diminui o risco de infecção do bebê (Brasil, 2006a), que pode atingir taxas entre zero e 2%, sendo que, quando nenhuma dessas recomendações é implementada, a probabilidade da transmissão materno-infantil do HIV pode ser de 25,5%. É importante considerar que embora o tratamento profilático esteja disponível em diversos centros de saúde do Brasil, ainda se observam grandes falhas na implantação destas medidas no país (Marques et al., 2002). Segundo os autores, estas se devem principalmente ao não oferecimento do teste anti-HIV durante a

gestação e à baixa qualidade nas informações oferecidas nos serviços de saúde, em especial sobre os riscos da transmissão materno-infantil e da necessidade de tratamento.

Apesar destas dificuldades, não se pode negar que a possibilidade deste tratamento é resultado de um grande avanço científico que, desde o momento inicial da epidemia, tem se dedicado a descobrir tecnologias que possam controlar a infecção. No entanto, ao lado destes avanços, a epidemia de HIV/Aids foi acompanhada desde o início por diversas repercussões psicossociais (Ayres et al., 1999; Oliveira & Weinstein, 2004). Os trabalhos na área de prevenção e controle da epidemia de HIV/Aids passaram por sucessivas mudanças, em grande parte devido às conseqüências psicossociais que os acompanhavam. Oliveira e Weinstein (2004) referiram que, inicialmente, o foco de prevenção em saúde se dava sobre os grupos de risco e tinha como meta a abstinência e o isolamento de situações passíveis de transmitir o vírus. No entanto, o conceito de grupos de risco foi duramente criticado, em parte pelo conhecimento científico que permitiu delimitar o caráter transmissível do vírus e seu potencial de atingir qualquer pessoa exposta a ele e, em parte, por movimentos sociais que se rebelaram frente ao caráter estigmatizante e de exclusão sobre os indivíduos pertencentes a tais grupos.

O conceito de grupo de risco foi substituído pela idéia de *comportamento de risco*, que predominou no cenário da prevenção durante o período de 1985 a 1988 (Ayres et al., 1999). O conceito de comportamento de risco, em nível de prevenção, substituiu as estratégias de abstinência e isolamento por medidas de redução de risco, tais como controle de bancos de sangue, redução de danos para usuários de drogas e estímulo ao sexo seguro (Oliveira & Weinstein, 2004). Embora tal conceito tenha propiciado avanços na área da prevenção, a idéia de comportamento de risco remete ao campo do indivíduo e, por conseqüência, à tendência de culpabilização deste. Tal conceito também sofreu críticas de movimentos sociais que consideram que a adoção de comportamentos associados à maior chance de exposição à infecção não se relacionam à vontade do indivíduo, mas ao grau de consciência que este tem sobre os possíveis danos decorrentes de tais comportamentos (Ayres et al., 1999; Calazans, Saletti Fo., França Jr., & Ayres, 2006; Oliveira & Weinstein, 2004).

Acompanhando as mudanças observadas no perfil da epidemia e as limitações e o impacto psicossocial dos conceitos de grupo de risco e de comportamento de risco nas estratégias de prevenção, o conceito de *vulnerabilidade* ao HIV/Aids foi proposto nos anos 90 (Ayres et al., 1999; Calazans et al., 2006; Oliveira & Weinstein, 2004). Tal idéia se detém na compreensão das dinâmicas individual, cultural, social e econômica que tornam um indivíduo ou um grupo social suscetível à infecção. O conceito de vulnerabilidade, segundo Calazans et al. (2006), considera que a possibilidade de exposição do indivíduo à infecção é resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais que acarretam maior

susceptibilidade à infecção e, da mesma forma, maior ou menor disponibilidade de recursos protetores.

A idéia de vulnerabilidade pretende superar preconceitos relacionados aos portadores de HIV/Aids, embora ainda se constate um forte estigma que, por si só, fragiliza o indivíduo acometido pelo HIV/Aids (Pacheco, 2006; Siegel & Lekas, 2002). Se, por um lado, ainda há forte associação entre Aids e morte, embora os tratamentos médicos já tenham transformado esta realidade, há também, a *morte social*. Segundo Pacheco (2006), esta morte simbólica é vivida pelo indivíduo através da redução de seus direitos como cidadão, incluindo dificuldades no trabalho, desemprego, discriminação e isolamento, dentre outros fatores. Esses fatores, muitas vezes, são obstáculos vivenciados pelo indivíduo no processo de aceitação do diagnóstico e na busca de tratamento especializado.

Apesar das dificuldades, estudos têm evidenciado alguns fatores que auxiliam o indivíduo a aceitar, enfrentar e conviver com o diagnóstico de HIV/Aids. No estudo desenvolvido por Remor (2002), foram entrevistados 80 pacientes soropositivos espanhóis. Aqueles que apresentavam maior apoio social tiveram menores índices de ansiedade e depressão, o que indica que o apoio social pode ser um fator atenuador do impacto negativo da infecção e um recurso capaz de auxiliar na adaptação ao processo de doença. Em relação à qualidade de vida, Seidl, Zannon e Tróccoli (2005) entrevistaram 241 indivíduos soropositivos brasileiros e identificaram que fatores como satisfação quanto ao apoio emocional, uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e convivência com companheiro foram associados à melhor qualidade de vida.

Percebe-se que o cenário da epidemia de infecção pelo HIV/Aids apresenta avanços, mas também desafios. Além do desafio de prevenção de novas infecções entre a população, há o de promover a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Um desafio importante consiste em compreender os efeitos da infecção sobre diferentes períodos e transições do desenvolvimento humano. Considerando o aumento de casos de infecções entre mulheres e o momento da maternidade como um período marcante do desenvolvimento feminino, revisaremos a seguir a literatura que abarca a temática da gestação no contexto do HIV/Aids.

1.3. Gestação e HIV/Aids

A gestação marca um dos mais importantes momentos na transição para a maternidade e é caracterizada por mudanças biológicas e emocionais que auxiliam a mulher a preparar-se para o nascimento do bebê. Neste sentido, a maneira como a gestação se desenvolve pode influenciar as interações e a relação entre mãe e bebê após o nascimento (Brazelton &

Cramer, 1992; Bydlowski, 2002; Szejer & Stewart, 1997), o que justifica a análise detalhada deste período.

Quanto ao processo de gestação no contexto da infecção pelo HIV/Aids, esta é uma temática recente na literatura, que merece especial atenção, uma vez que pouco ainda se conhece sobre as relações iniciais entre mãe e bebê nesta situação. Para a compreensão desta temática, serão abordados primeiramente os aspectos subjetivos que caracterizam, de uma forma geral, o processo da gestação. Posteriormente, serão apresentados alguns achados de estudos sobre a gestação no contexto de infecção materna pelo HIV/Aids.

O processo de gestação tem sido objeto de estudo de inúmeros autores, em particular os psicanalistas, cujas considerações irão nortear teoricamente este trabalho. Este processo é considerado um período de transição, no qual adaptações psíquicas são exigidas por parte da mulher, que se defronta com inúmeras mudanças, expectativas e incertezas. A forma como cada mulher lida com essas vivências influencia o sentido particular que a maternidade terá (Maldonado, 1994; Raphael-Leff, 1997; Szejer, 2002; Szejer & Stewart, 1997). Durante a gravidez, a mulher se depara com sentimentos primitivos, anteriores à própria concepção do bebê, que podem mobilizar ansiedade (Szejer, 2002). Estes incluem desejos conscientes e inconscientes de ter um filho, aspectos da sexualidade infantil e da relação com os próprios pais (Brazelton & Cramer, 1992; Bydlowski, 2002). Este acesso facilitado de conteúdos inconscientes à consciência durante a gestação, em especial aqueles relacionados a conflitos infantis, configura um estado que Bydlowski (2002) denominou *transparência psíquica*. Para a autora, este estado é caracterizado por labilidade emocional e alternância de estados afetivos, e se mostra presente em todas as gestações, embora se manifeste em intensidades diferenciadas, conforme as características e o contexto de cada mulher.

Um sentimento característico do processo de gestação, que por vezes pode se tornar fonte de ansiedade, é a ambivalência da própria mãe (Maldonado, 1994). Esta é representada por sentimentos antagônicos que coexistem, de forma consciente ou inconsciente, no mundo subjetivo da mulher. Entre os sentimentos ambivalentes, podem ser mencionados aqueles referentes à felicidade diante da notícia da gravidez e o respectivo temor pelas mudanças que este estado acarreta. Ferrari, Piccinini e Lopes (2007) referiram que esta ambivalência também estaria relacionada à mudança de posição, de filha para mãe, que precisa ser realizada pela mulher. Assim, é necessário que seja feito um luto pela posição infantil para que se possa acessar o lugar materno, tendo por base as identificações infantis. Tais ambivalências, ainda segundo Maldonado (1994), estão presentes de forma mais ou menos intensas, e adquirem diferentes configurações conforme a etapa do período gestacional vivenciado pela mulher.

Outros autores também descreveram as ambivalências e tarefas próprias de cada etapa da gestação (Brazelton & Cramer, 1992; Raphael-Leff, 1997; Szejer, 2002). O primeiro trimestre de gestação é marcado por alterações físicas e psíquicas, que levam a mulher a enfrentar-se com a novidade da gravidez e sua aceitação, mas ainda é um período de grande ambivalência entre querer ou não o bebê. Já o segundo trimestre da gravidez compreende o período no qual há um reconhecimento da criança por parte da mulher, pois esta passa a sentir os movimentos fetais, assim como a possibilidade de saber o sexo do bebê, o que representa a existência de um ser separado da mãe, mas que reside no mesmo corpo. Geralmente o conhecimento sobre o sexo do bebê é acompanhado pela escolha de seu nome, e Raphael-Leff (1997) ressalta que esta escolha influencia as interações entre mãe e feto à medida que é possível individualizá-lo. Já no último trimestre, segundo Brazelton e Cramer (1992), a mãe vai cada vez mais personificando o feto, atribuindo-lhe temperamento e personalidade, e oferece significados aos seus movimentos intra-útero. Essas expectativas e percepções acerca do feto constituem o bebê imaginário que, segundo os autores, é fundamental para que se crie um espaço para o bebê real, que só será conhecido após o nascimento. Por fim, a proximidade do parto e o mal-estar físico, consequência do corpo pesado devido ao estado avançado da gravidez, podem também gerar sentimentos diversos na mulher. Entre eles destaca-se o desejo pelo nascimento do filho, a ansiedade e o medo do parto e a tristeza da separação. Para muitos autores (Brazelton & Cramer, 1992; Raphael-Leff, 1997; Szejer & Stewart, 1997), ao longo dos diferentes momentos da gestação é possível perceber a mudança do foco de atenção da mulher, que começa centrado na gravidez e, progressivamente, se direciona à criança. Neste sentido, as manifestações emocionais observadas na gravidez são uma forma de dar lugar ao bebê que se aproxima e influenciam as interações pós-natal.

Endossando estas idéias, o estudo de Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004), com 39 gestantes gaúchas que foram entrevistadas no último trimestre da gestação, revelou que essas buscavam representar e oferecer maior identidade aos seus bebês, demonstrando diversos sentimentos em relação ao seu sexo, nome, temperamento e saúde, além de apresentarem sentimentos e expectativas quanto às interações mãe-feto. Isto apóia empiricamente as colocações acima sobre a existência, desde a gestação, de um forte vínculo das mães com seus bebês, o que contribui na preparação do relacionamento mãe-bebê após o nascimento e para o exercício da maternidade.

Esta situação bastante complexa que envolve toda gestação acaba sendo exacerbada frente a uma situação de infecção pelo HIV/Aids, por vezes descoberta durante exames do pré-natal. Embora muitas mulheres saibam-se portadoras do HIV antes de engravidar, outras se descobrem infectadas durante a própria gestação (Pluciennik, 2003). No Brasil, o

oferecimento do teste para detecção do HIV a todas as gestantes tem possibilitado que muitas mulheres soropositivas conheçam seu diagnóstico durante a gravidez (Brasil, 2006a). Embora isto permita que se inicie uma rotina de tratamentos visando à prevenção da transmissão do vírus ao filho, ao mesmo tempo, tem um enorme impacto nos aspectos clínicos e psicossociais da gestação.

Em um estudo realizado por Carvalho e Piccinini (2006) seis gestantes gaúchas portadoras de HIV/Aids foram entrevistadas quando se encontravam entre o segundo e terceiro trimestre de gestação, com vistas a investigar seus sentimentos a respeito da própria infecção, da maternidade e do bebê. A análise qualitativa dos dados evidenciou dificuldades na aceitação do diagnóstico por parte das mulheres, mesmo entre aquelas que já sabiam do HIV antes da gravidez. No entanto, a gestação favoreceu uma aproximação da condição de soropositividade, uma vez que as mães tiveram que realizar o tratamento para prevenção da infecção do filho. Os achados também revelaram que as gestantes apresentavam angústias e medos, entre os quais se destaca o medo e a culpa diante da possível infecção do bebê, o medo de que este viesse a falecer e de que elas próprias viessem a morrer ou a ficarem doentes e não pudessem acompanhar o crescimento de seus filhos. O estudo também mostrou que, além das ansiedades inerentes ao processo de gestação, o contexto de infecção pelo HIV/Aids acrescenta outros sentimentos próprios da convivência com a infecção o que contribui para tornar este processo mais difícil para estas mulheres.

Há também a possibilidade da infecção pelo HIV/Aids intensificar algumas das ansiedades inerentes à gestação, já descritas acima. Um exemplo são as preocupações referentes à saúde do bebê. Maldonado (1994) referiu que preocupações quanto à saúde ou possíveis malformações do bebê estão presentes em qualquer gestação e tendem a desaparecer completamente só após o nascimento, quando as mães conseguem enxergar o bebê e elas próprias se certificarem de que ele esteja bem. Já no contexto do HIV/Aids, Rigoni, Pereira, Carvalho e Piccinini (*in press*) entrevistaram seis mães portadoras de HIV/Aids gaúchas e relataram que essas mães também tinham preocupações quanto à saúde do bebê e malformações fetais na gestação, que não se relacionavam diretamente à possibilidade de infecção do bebê. Os relatos de malformações haviam cessado após o nascimento, mas seguiam algumas preocupações relacionadas aos possíveis efeitos dos medicamentos ingeridos na gestação sobre a saúde do bebê. Esses achados sugerem que o contexto de infecção pelo HIV/Aids na gestação pode intensificar as preocupações da gestante quanto à saúde de seu bebê.

Além disso, o contexto social da epidemia de HIV/Aids também parece ter influência sobre o processo de gestação. O impacto do estigma social e o temor do preconceito são

sentidos pelas gestantes portadoras de HIV/Aids, conforme constatado em revisão teórica realizada por Siegel e Lekas (2002). O estudo de Carvalho e Piccinini (2006) corroborou estes achados ao evidenciar que as gestantes, mesmo aquelas que não passaram por situações explícitas de preconceito, optaram por não revelar o diagnóstico a familiares e amigos pelo temor de serem discriminadas. Isso ocasionou seu isolamento e afastamento de outras pessoas, tornando a gravidez um processo solitário e evidenciando sentimentos de falta de apoio social e familiar. Além disso, relações familiares e conjugais instáveis e não apoiadoras também foram mencionadas como presentes no cotidiano destas mulheres.

O impacto do preconceito quanto ao HIV/Aids no contexto da gestação também foi constatado por Rochat et al. (2006). Os autores avaliaram a relação entre depressão e diagnóstico de HIV/Aids a partir de questionários específicos respondidos por 99 gestantes sul-africanas. A análise das respostas revelou que o medo da discriminação e do preconceito, sobretudo nos serviços de saúde, apresentou estreita relação com sintomas depressivos entre essas mulheres. Neste sentido, entende-se que as dificuldades que se mostram presentes durante a gestação no contexto de infecção pelo HIV/Aids podem afetar não só a própria gestação, mas ter um importante impacto sobre a relação mãe-bebê após o nascimento.

No entanto, alguns estudos têm revelado uma visão diferenciada das gestantes ao se referirem ao processo de gestação em meio à infecção pelo HIV/Aids. Para algumas gestantes, a maternidade permanece sendo idealizada e mais valorizada do que a soropositividade. Por exemplo, no estudo de Moura & Praça (2006), que entrevistaram 14 mulheres paulistas no período final da gravidez, a gestação foi vivenciada de maneira positiva para essas mulheres. Parece que a gravidez possibilitou às gestantes do estudo um reposicionamento frente à infecção, já que elas precisavam assumir a doença e proceder ao tratamento profilático em favor dos filhos. De uma forma geral, estas gestantes acreditavam na soronegatividade do filho e mostravam-se confiantes no tratamento profilático.

Em meio a todos estes desafios e dificuldades de uma gestação no contexto do HIV/Aids, diversos estudos enfatizaram que o desejo de ter filhos permaneceria inalterado entre estas gestantes. Por exemplo, Wesley et al. (2000) entrevistaram 25 gestantes americanas portadoras de HIV/Aids e evidenciaram que o *status* sorológico não havia sido o principal fator no processo de tomada de decisões reprodutivas. Estes achados são semelhantes aos constatados por Santos et al. (2002), que entrevistaram 148 mulheres paulistas portadoras de HIV/Aids e identificaram que o desejo de gravidez não se alterou em decorrência da infecção.

Como pôde ser visto acima, a gestação no contexto da infecção pelo HIV/Aids apresenta novos desafios e dificuldades para a gestante, associadas aos temores do

preconceito, da possibilidade de infecção e de morte do bebê, bem como da possibilidade de morte materna. Por outro lado, este contexto também pode ter um efeito positivo para algumas dessas gestantes, representado pelas alegrias de estar gerando um bebê e pelo reposicionamento diante da infecção e do próprio tratamento. Este impacto negativo, e até mesmo os aspectos positivos, terão um efeito sobre a relação mãe-bebê após o nascimento, embora, obviamente, não sejam os únicos fatores de influência para a qualidade deste relacionamento. Cabe também analisar o processo de nascimento e como se desenvolvem as interações pós-natais entre a mãe portadora de HIV/Aids e seu bebê, o que será visto a seguir.

1.4. Nascimento, relações iniciais, desenvolvimento infantil no contexto do HIV/Aids

O processo de maternidade é marcado pelo nascimento do bebê e pela relação que irá se estabelecer entre mãe e filho que, conforme visto anteriormente, já começa a se delinear desde o período intra-uterino (Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado, 1994; Piccinini et al., 2004). Neste processo, a experiência de parto é um episódio significativo na vida da mulher e importante para o desenvolvimento infantil. Segundo Klaus, Kennell e Klaus (2000), o parto não é uma experiência isolada, mas é influenciada pelas vivências anteriores da mãe, bem como pelas condições oferecidas no momento do parto. Para os autores, o apoio à mulher durante o parto e o pós-parto e a permanência do bebê junto à mãe nos momentos que seguem ao nascimento são atitudes que facilitam o desenvolvimento de uma sensibilidade materna ao filho. Dessa forma, tais atitudes estariam colaborando para a qualidade das interações iniciais.

As expectativas e experiência do parto foram investigadas por Lopes, Donelli, Lima e Piccinini (2005), que entrevistaram 28 mulheres primíparas gaúchas. Os achados demonstraram que as mulheres tinham ansiedades e expectativas negativas quanto ao parto, além de poucas expectativas quanto ao bebê no período final da gestação. Após o nascimento do bebê, houve relatos positivos da experiência de nascimento, demonstrando que, para algumas mães, o parto havia sido melhor do que o esperado. Contudo, o primeiro encontro com o bebê suscitou sentimentos negativos entre algumas mães, principalmente associados a sua aparência física, que pode ter sido discrepante daquela que foi imaginada durante a gestação. O estudo de Lopes et al. (2005) demonstra as diversas emoções e ansiedades associadas ao parto e corrobora a constatação de Klaus et. al (2000) quanto à necessidade de apoio a essas mães neste momento.

A infecção pelo HIV/Aids traz particularidades à situação de parto, em especial, por ser o momento de maior risco para a transmissão materno-infantil, sendo responsável por, aproximadamente, 65% dos casos de infecção do bebê (Brasil, 2006a). Por este motivo, o

parto torna-se um processo medicalizado e controlado, durante o qual medidas preventivas devem ser realizadas. O Ministério da Saúde (Brasil, 2006a) preconiza que a mãe deve receber AZT por via intravenosa durante todo o trabalho de parto e parto propriamente dito. A escolha de parto também é influenciada pela carga viral materna, sendo, muitas vezes, realizada cesariana como medida preventiva da infecção do bebê (Brasil, 2006a). Diferentemente das outras situações de nascimento, o bebê de uma mãe portadora de HIV/Aids não é colocado sobre o corpo da mãe logo após o nascimento, pois precisa, antes, receber um banho com sabão neutro para a retirada dos resíduos de secreção materna. Além disso, o bebê deve iniciar o uso de AZT xarope e a recomendação de não-amamentação precisa ser seguida (Masiero, 2006). Todas essas questões marcam as particularidades da situação de nascimento em meio à infecção pelo HIV.

Alguns achados indicam possíveis riscos da situação de parto e pós-parto no contexto do HIV/Aids. Revisando estudos realizados em países pobres da África e da Ásia, McIntyre (2003) encontrou relações entre mortalidade materna e HIV/Aids. O HIV/Aids poderia estar relacionado ao aumento de complicações obstétricas, como hemorragias pós-parto e infecções no puerpério. Por outro lado, a infecção pelo vírus também poderia favorecer o aparecimento de doenças oportunistas, tais como pneumonia e tuberculose. Segundo o autor, este fenômeno é maior em populações pobres e com difícil acesso ao tratamento anti-retroviral, o que poderia neutralizar os riscos associados à mortalidade materna. Além disso, o autor também salientou a dificuldade de encontrar dados precisos sobre mortalidade materna e HIV/Aids, visto que muitas mulheres não conhecem seu *status* soropositivo.

Ainda no que diz respeito à situação de nascimento, é importante considerar as particularidades das mulheres que, por diversos motivos, não realizaram testagem para HIV durante a gestação e acabam descobrindo-se infectadas no momento do parto, através do *teste rápido*. No Brasil, este teste deve ser oferecido àquelas mulheres que não conhecem seu *status* sorológico no momento do parto e que, caso sejam soropositivas, precisam realizar os procedimentos profiláticos do trabalho de parto e puerpério (Brasil, 2006a). Neste caso, pode-se pensar que mais um fator de ansiedade viria agregar-se aos diversos sentimentos maternos envolvidos na situação de nascimento.

A relação entre o diagnóstico obtido no parto e a experiência da maternidade foi investigada por Gonçalves (2007), que entrevistou seis mães portadoras de HIV/Aids com bebês de três meses. Constatou-se que as mães que se souberam portadoras de HIV/Aids na hora do parto percebiam as mudanças decorrentes da nova experiência de maternidade como mais difíceis e ameaçadoras do que aquelas que já sabiam do diagnóstico antes de engravidar. Tais achados demonstraram que, para essas mães, o impacto do diagnóstico ainda estava

muito presente nos primeiros meses após o nascimento e, possivelmente, estaria influenciando as interações com o bebê.

Conforme visto, a situação de nascimento representa um momento importante para o relacionamento mãe-bebê, que pode apresentar particularidades quando se desenvolve em meio à infecção pelo HIV/Aids. Todo o contexto do nascimento pode influenciar as interações iniciais, juntamente com os aspectos da gestação já vistos anteriormente, e com as características particulares da mãe e do bebê, que serão vistos a seguir. No entanto, antes de mencionar aspectos específicos da mãe e do bebê, bem como suas particularidades no contexto do HIV/Aids, torna-se importante revisar questões teóricas que fundamentam a área de estudos sobre relação mãe-bebê.

Diversos autores mencionaram a importância dessas relações iniciais para o desenvolvimento infantil (Bowlby, 1989; Brazelton & Cramer, 1992; Klaus et al., 2000). Considera-se que a relação mãe-bebê é influenciada tanto pelas características da mãe como pelas características do bebê. Isso significa que as diversas interações e trocas entre mãe e bebê possuem um caráter bidirecional (Brazelton & Cramer, 1992; Piccinini et al., 2001). Após o nascimento, mãe e filho vão gradativamente se conhecendo e estabelecendo um padrão de comunicação (Brazelton & Cramer, 1992; Klaus et al., 2000; Maldonado, 1994). Espera-se que a mãe seja capaz de se identificar com as necessidades do bebê (Bydlowski & Golse, 2002; Lebovici, 1988), significando o mundo para seu filho e favorecendo um ambiente afetivo e seguro para que este possa se desenvolver. Por outro lado, o bebê também é visto como um personagem ativo e co-responsável pela relação (Brazelton & Cramer, 1992; Busnel, 2002; Maldonado, 1994; Raphael-Leff, 1997), demonstrando suas capacidades perceptivas e comunicativas, que já encontram um importante desenvolvimento desde o período intra-uterino. Esta relação ficou evidente no estudo de Porter e Hsu (2003) com 50 mães primíparas americanas, acompanhadas desde o último trimestre de gestação até os três meses de vida do bebê. Os autores constataram que a percepção materna sobre sua auto-eficácia nos cuidados com bebê foi aumentando ao longo dos seus três primeiros meses de vida. Antes do nascimento, a auto-eficácia estaria mais relacionada a outras variáveis, como experiência anterior de cuidados e relacionamento conjugal satisfatório. Gradativamente, no entanto, essas percepções da mãe foram sendo associadas às experiências recentes de cuidados com seus bebês, assim como ao temperamento do bebê.

Alguns estudos empíricos investigaram longitudinalmente a relação entre a qualidade das interações iniciais entre mãe e bebê e o desenvolvimento infantil posterior. Por exemplo, Mäntymaa, Puura, Luoma, Salmelin e Tamminen (2004) observaram sessões de interação de 50 díades finlandesas quando o bebê estava no segundo mês de vida e relacionaram com

dados sobre o comportamento infantil obtido através de questionários específicos, dois anos mais tarde. Constatou-se que a intrusividade e a hostilidade materna evidenciadas no segundo mês de vida do bebê estiveram associadas com problemas emocionais e de comportamento da criança aos dois anos, em especial problemas de externalização. Outro estudo em condições semelhantes (Mäntymaa et al., 2003) avaliou a relação entre qualidade da interação no segundo mês do bebê e saúde física infantil aos dois anos de vida. A análise de 120 díades finlandesas revelou que interações mãe-bebê mais pobres no segundo mês de vida do bebê estiveram relacionadas a problemas de saúde aos dois anos da criança, tais como asma, infecções e alergias recorrentes. Juntos estes achados demonstram a importante influência das relações iniciais sobre o desenvolvimento físico, emocional e social da criança.

Conforme já destacado anteriormente, a qualidade da relação estabelecida entre a mãe e o seu bebê é influenciada por diversos fatores, associados tanto ao processo de gestação e parto como às próprias características da mãe e do bebê. Todos estes fatores se influenciam mutuamente e sua análise em separado torna-se, obviamente, artificial. No entanto, algumas considerações sobre as características da mãe e, posteriormente, sobre o bebê, bem como o impacto que o contexto do HIV/Aids exerce sobre cada um, serão revisadas a seguir, embora a mútua influência entre a mãe e o bebê deva ser sempre lembrada.

No que diz respeito aos aspectos relativos à mãe, diversos autores psicanalíticos descreveram o estado emocional materno vivenciado após o nascimento do bebê. Szejer e Stewart (1997) ressaltaram que a mulher experimentaria um período de fragilidade e labilidade emocional. Este decorreria da vivência de diversas emoções, com intensidades variadas, provocadas pela perda do corpo grávido e pela tomada de consciência da separação do filho. Já Lebovici (1988) salientou ser este o momento em que a mãe deve realizar o luto pela criança imaginária, constituída a partir do desejo da gravidez e dos significados atribuídos às interações mãe-feto. Este luto facilita a tarefa de adaptação ao bebê real, cujas exigências e necessidades precisam ser atendidas. As contribuições de Winnicott (1956/2000, 1987, 1990) também colaboraram para caracterizar o estado emocional materno no período que cerca o nascimento e, ainda, enfatizaram a importância do ambiente, representado pela mãe, no desenvolvimento emocional do bebê. Para o autor, no período que abrange o final da gravidez até algumas semanas após o nascimento, a mãe ingressaria em um estado psicológico de sensibilidade exacerbada para lidar com as necessidades do filho, ao qual denominou *preocupação materna primária* (Winnicott, 1987). Esta seria uma capacidade da mãe de identificar-se com seu bebê, conhecendo e satisfazendo suas necessidades específicas. Quando a mãe consegue ingressar neste estado psicológico, ela estaria proporcionando ao seu filho um *ambiente suficientemente bom*, no qual o bebê poderia vivenciar as satisfações e

ansiedades adequadas a sua capacidade, o que possibilitaria um desenvolvimento emocional saudável (Winnicott, 1956/2000).

Um autor, também psicanalista, que trouxe importantes contribuições para a área das relações mãe-bebê foi Stern (1997). Segundo ele, após o nascimento do bebê, a maioria das mães, em especial as primíparas, ingressaria em uma nova organização psíquica, temporária, denominada *constelação da maternidade*. Esta se delineia em torno de quatro temas que se mostram presentes nos sentimentos, pensamentos e comportamentos da mãe. O primeiro tema, denominado *vida-crescimento*, refere-se às constantes preocupações com a saúde e sobrevivência do bebê. A questão central para a mãe é se ela conseguirá garantir a sobrevivência do filho e propiciar seu desenvolvimento. O segundo tema, denominado *relacionar-se primário*, refere-se ao envolvimento emocional da mãe com seu bebê. Aqui, há a preocupação materna quanto ao desenvolvimento emocional do bebê e quanto a sua capacidade de envolver-se afetivamente com ele, atendendo às suas necessidades e oferecendo segurança. O terceiro tema, denominado *matriz de apoio*, refere-se à capacidade da mulher estabelecer e aceitar uma rede de apoio protetora. A matriz de apoio é formada, em especial, pelas figuras maternas e tem a função de proteger a mãe e afastá-la das exigências da realidade externa para que possa se dedicar ao filho. Além disso, também oferece apoio emocional e educativo para que a mulher desempenhe sua função materna. Por fim, o último tema é denominado *reorganização da identidade* e diz respeito à necessidade da mãe de transformar sua identidade, de forma que possa assumir os novos papéis impostos pela maternidade. Tal reorganização é necessária para que a mãe altere seus investimentos emocionais e cumpra satisfatoriamente as demais tarefas da constelação da maternidade. Neste processo há revivência de antigas identificações com as figuras parentais, o que possibilita a busca de novos modelos. Esses quatro temas representariam as preocupações e interesses maternos durante este período e, segundo Stern (1997), são acompanhados de discursos que a mãe mantém, de forma consciente ou inconsciente, com sua própria mãe, consigo mesma e com seu bebê.

No que diz respeito ao contexto do HIV/Aids, poucos estudos investigaram a maternidade após o nascimento do bebê. Estes estudos analisaram a experiência de maternidade (Gonçalves, 2007), os sentimentos maternos relacionados ao bebê (D'Auria, Christian, & Miles, 2006) e ao tratamento preventivo da transmissão materno-infantil (Rigoni et al., *in press*) e, ainda, sintomas depressivos maternos em mães portadoras de HIV/Aids (Miles, Burchinal, Holditch-Davis, & Wasilewski, 1997; Jones, Beach, & Forehand, 2001). A experiência da maternidade em mães portadoras de HIV/Aids foi investigada no estudo de Gonçalves (2007), descrito acima, cujos dados foram analisados a partir dos eixos temáticos

da *constelação da maternidade* de Stern. Os achados revelaram forte apego e afeto materno em relação ao filho, além de satisfação pelas interações com o bebê aos três meses de vida. No entanto, a influência da infecção sobre a maternidade se mostrou presente através do temor das mães pela infecção e saúde do filho, o que as impulsionava a cuidados intensos com o bebê. Além disso, as preocupações com situações de afastamento do bebê e de necessidades de cuidados por outras pessoas pareceu exacerbada pelo contexto do HIV/Aids. Por outro lado, o temor do preconceito muitas vezes provocava, nessas mães, o afastamento de familiares e de outras pessoas próximas, restringindo o apoio social. A autora ressaltou, também, que as mudanças advindas da situação de maternidade foram acompanhadas pela complexidade do HIV/Aids, uma vez que as mães precisavam lidar com a impossibilidade de amamentar, a administração de remédios e a rotina de consultas. Constatou-se, assim, que os principais temas da maternidade propostos por Stern (1997) foram acompanhados pelas dificuldades advindas da situação de infecção materna.

Muitos dos achados revelados por Gonçalves (2007) também estiveram presentes no estudo de D'Auria et al. (2006), que entrevistaram 26 mulheres afro-americanas com bebês de oito meses que ainda não tinham o diagnóstico para HIV. Essas entrevistas foram realizadas no início da década passada, quando não existiam achados conclusivos sobre a efetividade da profilaxia da transmissão materno-infantil. Além da satisfação em relação à maternidade e ao relacionamento com o bebê, também esteve presente a preocupação quanto ao diagnóstico do filho. As autoras revelaram que as mães rezavam e tomavam todos os cuidados para proteger o bebê de outras infecções ou problemas de saúde, priorizando o tratamento do bebê em detrimento do seu próprio tratamento. Essas mães também demonstraram grandes preocupações de serem hospitalizadas e virem a morrer e não acompanharem o crescimento dos filhos. Em decorrência destes medos, parecia haver um senso de urgência em manterem-se próximas de seus filhos e permanecerem a maior parte do tempo ao lado deles. Estes temores mostraram-se exacerbados, possivelmente pelos dados terem sido coletados em uma época de forte associação entre HIV/Aids e morte.

Após o nascimento, as mães portadoras de HIV/Aids precisam seguir as recomendações do tratamento profilático da transmissão materno-infantil e, conforme visto nos estudos acima, essa é uma das principais particularidades presentes na maternidade no contexto de infecção pelo HIV/Aids. Sentimentos relativos a este tratamento após o nascimento foram investigados por Rigoni et al. (*in press*) em estudo descrito anteriormente. Os autores salientaram que o momento da administração da medicação do bebê pode causar angústia na mãe, seja pela reação do bebê ao remédio ou pelo medo do preconceito. Uma reação negativa do bebê ao medicamento pode gerar culpa na mãe e ambivalência quanto ao

tratamento, embora em geral prevaleça a realização correta deste. Ainda, o medo de sofrer preconceito pode fazer com que a mãe procure menos auxílio para esta tarefa, provocando uma sobrecarga e tornando este momento mais difícil. No que se refere ao tratamento profilático, os autores também referiram sofrimento e tristeza entre as mães diante da recomendação de não amamentar. Sobre este aspecto, ressalta-se que a associação entre maternidade e amamentação faz com que as mães portadoras de HIV/Aids sintam que estejam falhando enquanto mães (Barbosa, 2001). Segundo Barbosa, elas podem se sentir frustradas por não desfrutarem do contato íntimo com o bebê proporcionado pela situação de amamentação, ou podem temer que a relação com seus bebês sofra algum prejuízo, em especial do ponto de vista afetivo. Além disso, a autora salientou serem constantes as preocupações maternas quanto à nutrição do bebê, já que se sabe dos benefícios nutricionais do leite materno. Estes mesmos achados foram referidos por Hugo (2007), que entrevistou seis mães gaúchas portadoras de HIV/Aids da gestação até o terceiro mês de vida do bebê e constatou que a temática da amamentação se mostrou bastante presente durante este período. Moreno, Rea e Filipe (2006), de forma complementar, referiram que as mães portadoras de HIV/Aids muitas vezes sentem-se incompletas e desvalorizadas como mães, além de se sentirem discriminadas e sofrerem preconceitos. Elas se sentem julgadas por não oferecerem o seio ao bebê, ao mesmo tempo em que temem que a impossibilidade de amamentar revele a presença da infecção.

No que tange à saúde emocional de mães portadoras de HIV/Aids, alguns estudos indicaram a relação entre maternidade e sintomas depressivos. O estudo de Miles et al. (1997) avaliou sintomas depressivos maternos em 54 mães afro-americanas portadoras de HIV/Aids ao longo do primeiro ano de vida do bebê. Os dados revelaram forte presença de depressão materna entre essas mulheres, que se manteve estável ao longo de um ano e associou-se diretamente a fatores relacionados ao HIV/Aids, tais como estigma, percepções negativas sobre a própria saúde e sintomas físicos decorrente da doença. Tais achados assemelham-se aos encontrados por Jones et al. (2001), que verificaram maior risco para sintomas depressivos em mães portadoras de HIV/Aids, considerando as respostas de 96 mulheres afro-americanas a escalas específicas de depressão. Ambos os estudos atentam para os efeitos dos sintomas depressivos maternos sobre as interações entre mãe e bebê no contexto de infecção pelo HIV/Aids.

Juntos estes achados salientam a experiência materna e sua provável influência na relação mãe-bebê. No entanto, cabe considerar, também, achados referentes ao bebê, em especial sobre seu desenvolvimento no contexto do HIV/Aids, para que seja possível uma compreensão mais ampla das interações iniciais entre mãe e bebê. A teoria do apego oferece

importantes contribuições para se pensar o papel do bebê nas interações iniciais. Bowlby (1989) ressaltou que há, na espécie humana, mecanismos inatos de interação, que levam a criança a desenvolver apego a um cuidador, em especial à mãe. Para o autor, este comportamento de apego é pré-programado e está pronto para se desenvolver quando as condições ambientais forem favoráveis. Neste sentido, enfatizou que os laços emocionais íntimos possuem a função biológica de proteção, e assim, são de grande importância no desenvolvimento da criança. Para Bowlby (1989), alguns comportamentos do recém-nascido, tais como sugar, chorar, agarrar e sorrir, são considerados mecanismos inatos de interação.

Considerando as características e o potencial para interações do bebê torna-se relevante, no presente estudo, considerar dados sobre o desenvolvimento infantil no primeiro trimestre de vida, tanto de uma forma geral, quanto no contexto do HIV/Aids. Os estágios do desenvolvimento inicial do bebê e suas capacidades interativas serão brevemente revisados, focalizando o primeiro trimestre de vida em razão de ser este o momento que será investigado no presente estudo. Após, serão considerados alguns achados sobre o desenvolvimento infantil no contexto do HIV/Aids.

As interações iniciais entre mãe e bebê se desenvolvem ao longo de determinados estágios que acompanham o desenvolvimento do bebê (Brazelton & Cramer, 1992). Primeiramente, o bebê precisa adquirir controle sobre seus sistemas de entrada e saída de informação e sobre sua capacidade de prolongar a atenção, em especial, aos estímulos emitidos pela mãe. Brazelton e Cramer (1992) referiram que, à medida que este processo ocorre, a mãe vai apreendendo os ritmos do bebê e podendo sincronizar seu comportamento aos do filho. Alguns autores salientaram que no período que vai do nascimento até o segundo mês de vida do bebê as trocas interativas entre mãe e bebê estão voltadas à regulação dos ciclos de alimentação, sono-vigília e atividade, assim como ao manejo do choro (Brazelton, 2002; Stern, 1997). Gradualmente, os pais começam a identificar os diferentes tipos de choro do filho. Da mesma forma, os padrões de sono e alimentação do bebê também vão se tornando mais previsíveis. Por volta do terceiro mês, ocorrem trocas mais prolongadas entre mãe e bebê, tais como vocalizações pré-verbais, sorrisos, brincadeiras, que passam a apresentar uma sintonia mútua (Brazelton, 2002; Mäntymaa, 2006; Stern, 1997). A criança de três meses apresenta maior controle sobre seus movimentos, move ativamente a boca, a língua, os membros e, também, tenta agarrar objetos.

Evidências destes processos podem ser encontradas no estudo de Yale, Messinger, Cobo-Lewis e Delgado (2003). Através da observação das interações de 40 crianças americanas de três meses de idade e suas mães, os autores encontraram que as crianças conseguiam coordenar seqüências de sorrisos e expressões faciais de desprazer com

vocalizações, além de apresentarem seqüências de sorrisos seguidos de olhares em direção à mãe. De uma forma geral, os autores evidenciaram que as expressões faciais, tais como sorriso e expressão de desprazer, são centrais na comunicação infantil inicial.

O terceiro mês de vida, segundo Mäntymaa (2006), também é marcado por um grande interesse do bebê pelas interações face-a-face, em especial com a figura materna. Há também, preferência pelo rosto, voz, toque e movimento humano. Neste período, segundo o autor, o bebê é capaz de diferenciar o eu do outro, uma vez que realiza ações intencionais tais como o choro e o sorriso instrumental. Segundo Porter e Hsu (2003) a percepção materna sobre o temperamento do bebê parece ficar mais positiva nos primeiros três meses após o nascimento. Os autores mencionaram haver um pico de dificuldades aos dois meses (choro, irritação do bebê), que vai sendo amenizado com o desenvolvimento. A partir dos dois meses aumentaria o sorriso social, o que tornaria mais fácil a interpretação e a resposta da mãe ao bebê. Ainda segundo os autores, a partir deste período a mãe perceberia a sua capacidade de influenciar positivamente o bebê.

No terceiro mês de vida, o bebê também começa a identificar pessoas desconhecidas e as diferencia dos pais. A capacidade do bebê de diferenciar estímulos emitidos pela mãe daqueles emitidos por uma mulher estranha foi investigada por Völker (2005) através da análise das vocalizações de 31 bebês de três meses alemães, emitidas durante sessões de interação com a mãe e sessões com uma mulher estranha. A análise revelou que prevaleceram as respostas vocais diferenciadas das crianças em relação à mãe, o que evidencia esta capacidade cognitiva precoce. No entanto, a autora ressaltou que tais respostas foram menos frequentes nas díades cujas mães demonstravam mais expressões de afeto negativo, reafirmando assim, a estreita relação entre as competências infantis e a atmosfera emocional das interações iniciais entre mãe e bebê.

A relação entre as características infantis, as características maternas e as interações iniciais foram investigadas por Mäntymaa, Puura, Luoma, Salmelin e Tamminen (2006), através da análise das interações de 124 díades finlandesas cujos bebês tinham entre dois e três meses de vida e das respostas das mães a questionários sobre estresse parental. Os dados revelaram que mães que tiveram algum problema psiquiátrico no período perinatal descreveram seus filhos como tendo um temperamento mais difícil. Por outro lado, a análise do comportamento infantil demonstrou que crianças mais inertes apresentaram comportamentos interativos mais pobres, caracterizados por evitação e falta de comunicação ativa e vocalizações positivas. A análise conjunta dos dados revelou que o estresse parental e o temperamento infantil afetaram as respostas da mãe e do bebê ao longo das trocas interativas, o que reforça o entendimento sobre o caráter bidirecional das interações.

No que diz respeito ao desenvolvimento infantil no contexto do HIV/Aids, a literatura disponível apresenta dados importantes para a compreensão de aspectos do desenvolvimento físico e emocional de crianças portadoras de HIV ou que foram expostas ao vírus durante o período intra-uterino, mas não foram infectadas. No entanto, poucos dados mencionam o desenvolvimento de bebês, visto que a literatura tende a priorizar achados sobre o desenvolvimento infantil após o diagnóstico definitivo para HIV.

O desenvolvimento de crianças portadoras de HIV/Aids é acompanhado por repercussões na saúde da criança e em seus ambientes familiar e social (Negra, 2006; Stein et al., 2005). No que diz respeito aos efeitos da infecção sobre o desenvolvimento infantil, Negra (2006) referiu que crianças infectadas via transmissão materno-infantil podem apresentar déficits cognitivos, motores e emocionais, associados a efeitos do HIV/Aids sobre o sistema nervoso central. Quanto às manifestações clínicas da infecção pelo HIV/Aids em crianças, a autora salientou a maior probabilidade de a criança ser acometida por problemas respiratórios, infecções pulmonares, lesões dermatológicas e alterações cardíacas. Além dos sintomas clínicos, as crianças com HIV/Aids vivenciam um contexto psicossocial e familiar específico. Cardoso (2006) ressaltou algumas dificuldades no uso da medicação em crianças, que deve ser administrado pelos cuidadores que, em geral, também são portadores de HIV/Aids e, muitas vezes, apresentam dificuldades em seguirem seus próprios tratamentos. Além disso, segundo o autor, muitas crianças precisam conviver com a perda precoce dos pais em decorrência da Aids, embora isto tenha sido reduzido nos últimos anos com a introdução de novas medicações. Cardoso (2006) também mencionou que, quando tais crianças começam a freqüentar a creche ou escola, a família pode se deparar com a necessidade de revelação do diagnóstico à instituição, em especial quando é necessário um responsável pela administração da medicação da criança no horário escolar. O autor constatou que a dificuldade da família em revelar o diagnóstico pode acarretar na privação da escola ou do uso da medicação por parte das crianças.

As vivências de crianças portadoras de HIV/Aids e suas famílias foram investigadas qualitativamente por Pedro e Stobäus (2003) através de entrevistas com sete famílias gaúchas com crianças soropositivas e da análise dos desenhos das próprias crianças, que tinham entre 5 e 13 anos de idade. Entre outros achados, os dados evidenciaram movimentos familiares de manutenção do segredo em relação à doença, muitas vezes ocultado da própria criança. Alguns pais demonstraram sentimentos de culpa pela infecção do filho que, freqüentemente, desencadeavam comportamentos familiares de superproteção em direção à criança infectada. Os autores também ressaltaram que, de uma forma geral, as crianças portadoras de HIV/Aids do estudo apresentavam interesses e brincadeiras considerados comuns a sua faixa etária,

embora alguns desenhos mostraram-se regressivos em relação à idade dos participantes. Tal fato pode indicar algum prejuízo no desenvolvimento emocional, possivelmente pelo contexto de doença e das dificuldades ambientais e sociais que tais crianças vivenciavam. Por todos estes fatores, Cardoso (2006) ressaltou que a atenção à criança portadora de HIV/Aids deve incluir, necessariamente, o atendimento à família.

Há, no entanto, crianças que são filhas de mães portadoras de HIV/Aids, mas que não foram infectadas pelo vírus devido, principalmente, à administração do tratamento profilático da transmissão materno-infantil (Brasil, 2006a). Essas crianças são denominadas *expostas*, uma vez que se expuseram ao vírus no período intra-uterino. Embora estas crianças não apresentem a infecção pelo HIV, ainda não há dados conclusivos sobre as possíveis repercussões a médio e longo prazo da exposição aos medicamentos anti-retrovirais no período intra-uterino e no pós-parto (Brasil, 2006b; Cardoso, 2006). Segundo Cardoso (2006), mesmo as crianças expostas vivenciam o impacto do HIV em razão de seus pais serem portadores do vírus. O autor afirmou que, por vezes, essas crianças, mesmo que não infectadas, também são privadas da escola e de outras situações sociais a fim de que o segredo familiar referente ao HIV não seja revelado.

Embora estudos com bebês no contexto do HIV/Aids sejam mais restritos, há outros que avaliam a relação entre a infecção materna pelo HIV/Aids e o desenvolvimento infantil de crianças em idade escolar, soronegativas para o HIV. Esses estudos demonstram haver associação entre o HIV materno e problemas de comportamento infantil (Bauman, Camacho, Silver, Hudis, & Draimin, 2002; Forehand et al., 1998; Kotchick et al., 1997), sendo tais achados atribuídos aos efeitos psicossociais da infecção, tais como preconceito e estresse parental (Forehand et al., 1998) e ao sofrimento psicológico e restrição das atividades maternas em decorrência de sintomas clínicos da Aids (Bauman et al., 2002). Ainda em relação à associação entre HIV materno e problemas de comportamentos em crianças escolares, Kotchick et al. (1997) relacionaram tais dificuldades a relações mais pobres entre essas mães e seus filhos e, também, ao menor monitoramento materno das atividades de suas crianças, sugerindo que a infecção materna pelo HIV/Aids pode prejudicar a efetividade das práticas educativas parentais. No entanto, Bauman et al. (2002) salientaram alguns fatores de proteção diante do impacto negativo da infecção materna pelo HIV/Aids, entre os quais se destacaram as características da criança, tais como independência e produtividade, e da própria família, relativas à adaptabilidade e relação pais-criança satisfatória.

Embora esses estudos evidenciem o impacto da infecção materna pelo HIV/Aids sobre o desenvolvimento de crianças escolares, pouco se sabe sobre o que se passa com o desenvolvimento dos bebês. É plausível de se pensar que tal impacto já se faça presente desde

o nascimento do bebê, embora ainda não exista, na literatura, respaldo teórico ou empírico que sustente esta hipótese. Algumas constatações sobre bebês com HIV/Aids são feitas por Cardoso (2006), que afirma que, enquanto alguns bebês precisam esperar o diagnóstico definitivo para que se saiba se foram infectados pelo vírus, outros revelam terem sido infectados logo nos primeiros meses de vida em razão de apresentarem doenças persistentes, como diarreias, infecções, pneumonias, cardiopatias, entre outras. Isso demonstra que alguns bebês já se apresentam mais frágeis nos primeiros meses que seguem o nascimento, o que, provavelmente, poderá afetar a interação mãe-bebê, seja pela própria debilidade física, seja pela maneira como a mãe relaciona-se com ele.

Embora não se tenha encontrado estudos que investigassem especificamente as relações mãe-bebê no contexto do HIV/Aids, alguns estudos focalizaram as interações entre mães com HIV/Aids e seus filhos nos primeiros anos de vida. Conforme Johnson e Lobo (2001), há a possibilidade da infecção materna pelo HIV/Aids comprometer a habilidade da mãe em responder adequadamente às necessidades de seu filho. Tal comprometimento estaria relacionado a efeitos diretos da infecção, representados pela doença decorrente do vírus, pela debilidade na saúde materna e por dificuldades neurológicas. Segundo os autores, também estariam presentes efeitos indiretos da infecção materna sobre a interação, entre os quais se destacam o estigma social e o preconceito, incertezas quanto ao futuro e falta de apoio social.

Pelo menos dois estudos avaliaram a qualidade da interação (Johnson & Lobo, 2001) e o padrão de apego (Peterson, Drotar, Olness, Guay, & Kiziri-Mayengo, 2001) entre mães portadoras de HIV/Aids e seus filhos. Johnson e Lobo (2001) observaram a interação de 25 díades compostas por mães afro-americanas portadoras de HIV/Aids e seus filhos soronegativos que tinham entre um e dois anos de vida. A análise das sessões de interação revelou não haver diferenças significativas entre a qualidade da interação mãe-criança neste grupo em relação a um grupo controle. No entanto, as autoras, mencionaram a possibilidade da sessão de observação não abranger as diversas variáveis presentes na situação de interação e HIV/Aids e, assim, propuseram a realização de estudos qualitativos para, primeiramente, compreender os fatores envolvidos neste contexto.

Nesta mesma direção o estudo de Peterson et al. (2001), que investigou o padrão de apego através da observação dos comportamentos de 35 díades da Uganda, compostas por mães portadoras de HIV/Aids e seus filhos entre 2 e 3 anos de idade, revelou que não houve diferença entre os comportamentos interativos da mãe e da criança e o padrão de apego infantil destas díades em comparação a um grupo controle, sem HIV. No entanto, a análise dos comportamentos entre o grupo de mães infectadas evidenciou maior índice de apego inseguro entre crianças cujas mães apresentavam comprometimentos na saúde decorrentes da

Aids, quando comparadas com aquelas em que as mães estavam em fase assintomática da infecção. Da mesma forma, mães com Aids demonstraram menos afeto positivo e menor disposição para interagirem com seus filhos do que aquelas sem Aids. Por outro lado, as crianças que tinham diagnóstico positivo de HIV/Aids não diferiram quanto ao desenvolvimento cognitivo daquelas sem a infecção, porém, apresentaram mais apego inseguro e menos afeto positivo do que as crianças não infectadas. Tais achados sugerem a influência de efeitos diretos da infecção pelo HIV/Aids sobre a qualidade da interação mãe-criança, no que tange às relações de apego.

Percebe-se que há vasto campo de pesquisa a ser explorado no que diz respeito ao desenvolvimento infantil no contexto do HIV/Aids, seja de bebês ou de crianças infectadas ou expostas ao vírus. Stein et al. (2005), revisando a literatura sobre o desenvolvimento infantil no contexto do HIV/Aids, ressaltaram que os estudos que indicam maiores problemas de comportamento em crianças expostas ao HIV/Aids sugerem que efeitos do HIV/Aids e dos cuidados parentais podem estar presentes nas interações mãe-criança. No entanto, os autores constataram que os poucos estudos sobre o desenvolvimento de crianças filhas de mães portadoras de HIV/Aids investigaram o período a partir do segundo ano de vida, quando alguns problemas de desenvolvimento já se mostravam presentes. Neste sentido, sugeriram a realização de estudos que investiguem as relações iniciais, de forma que achados possam subsidiar programas de intervenções preventivas de dificuldades posteriores.

Assim sendo, considerando os achados sobre interações mãe-criança no contexto do HIV/Aids, pode-se verificar que a infecção pelo HIV/Aids tem um impacto potencial sobre o desenvolvimento infantil, apesar de as dimensões deste impacto ainda não estarem claras. Embora não haja dados conclusivos acerca dos efeitos do HIV materno sobre as relações mãe-bebê e sobre o desenvolvimento do bebê no primeiro trimestre de vida, é plausível de se pensar que indícios desses efeitos já possam ser identificados na análise das expectativas e dos sentimentos das mães sobre a relação mãe-bebê. No entanto, tal hipótese precisa ser investigada e, diante disso, propõe-se a realização do presente estudo.

1.5. Justificativa e objetivos

Com pôde ser visto acima, o contexto atual do HIV/Aids, caracterizado pela cronificação e heterossexualização da epidemia, tem motivado estudos focalizados nos aspectos psicossociais dos indivíduos infectados e nos diferentes momentos de transições vivenciados por estes ao longo de seu desenvolvimento. Em relação à população feminina, estudos focalizados na maternidade evidenciam o impacto da infecção pelo HIV/Aids sobre

esta etapa do desenvolvimento (Carvalho & Piccinini, 2006; D'Auria et al., 2006; Gonçalves, 2007). Além disso, alguns autores têm relatado possíveis efeitos negativos da infecção materna pelo HIV/Aids sobre o desenvolvimento infantil (Cardoso, 2006; Stein et al., 2005).

Tais achados sugerem uma possível influência da infecção materna pelo HIV/Aids sobre as relações iniciais entre mãe e bebê, que se desenvolvem em meio a algumas dificuldades, como a ansiedade materna frente à incerteza do diagnóstico do bebê e outros temores relativos à infecção pelo vírus. Além disso, tais relações se desenvolvem em um momento onde a mulher também está vivenciando diversos sentimentos e ansiedades inerentes à maternidade, que podem ser ainda mais intensas quando se trata do nascimento do primeiro filho.

Considerando-se que o desenvolvimento posterior da criança é influenciado pela atmosfera das primeiras relações, torna-se relevante investigar como se constituem estas relações na presença da infecção materna pelo HIV/Aids. Contudo estudos que investigam as relações iniciais entre mãe e bebê no contexto de infecção materna pelo HIV ainda são escassos e insuficientes para a compreensão do fenômeno e de possíveis dificuldades no desenvolvimento infantil.

Assim sendo, o objetivo deste estudo foi o de investigar a relação mãe-bebê no contexto de infecção materna pelo HIV/Aids, desde a gestação até o terceiro mês de vida do bebê. Mais especificamente, investigou-se a influência da infecção sobre a constituição do vínculo entre mãe e bebê.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1. Participantes

Participaram do estudo 5 mães portadoras de HIV/Aids, que tinham entre 19 e 37 anos. Todas as mães eram primíparas e, com exceção de uma delas, estavam casadas há pelo menos dois anos¹. As participantes faziam parte do projeto longitudinal *Aspectos Psicossociais, Adesão ao Tratamento e Saúde da Mulher no Contexto do HIV/Aids: Contribuições de um Programa de Intervenção da Gestação ao Segundo Ano de Vida do Bebê – PSICAIDS* (Piccinini et al., 2005), que acompanha 80 mulheres portadoras de HIV/Aids em Porto Alegre, desde a gestação até o segundo ano de vida do bebê. O PSICAIDS é composto por três estudos. O primeiro estudo inclui 60 gestantes portadoras de HIV/Aids que estão sendo acompanhadas desde a gestação, e aos 3, 12 e 24 meses do bebê. A avaliação consta de entrevistas e questionários específicos sobre diversos temas tais como apego mãe-feto, experiência de maternidade, apoio social, *coping*, qualidade de vida sexualidade, depressão e adesão ao tratamento. A coleta desses dados foi iniciada em maio de 2006. Já o segundo estudo envolve 25 gestantes que são avaliadas de forma semelhante ao Estudo 1, mas que também participam de um programa de intervenção psicoeducativa. Por fim, o Estudo 3 envolve todas as participantes dos Estudos 1 e 2, que realizaram exames laboratoriais durante a gestação e pós-parto, visando conhecer aspectos relativos à biologia do vírus HIV. Todas as participantes do PSICAIDS estão em acompanhamento em um centro de referência em HIV/Aids de um hospital da rede pública de saúde de Porto Alegre. O referido projeto atende à Resolução N° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996) e à Resolução N° 016/00, do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000) e foi aprovado pelos comitês de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Proc. N° 2005508) e do Grupo Hospitalar Conceição (Proc. N° 06/06).

Para fins do presente estudo, foram selecionadas as mães participantes do Estudo 1 do PSICAIDS com base nos seguintes critérios: serem primíparas, estarem em fase assintomática da infecção, terem realizado a coleta de dados dos três meses do bebê até dezembro de 2007 e o respectivo bebê não apresentar problemas graves de saúde ou malformações. Apenas cinco mães preencheram estes critérios e foram incluídas no presente estudo. A Tabela 01 apresenta algumas das características sócio-demográficas dessas participantes, tendo por base as informações fornecidas na fase de coleta de dados da gestação.

¹ No presente estudo considerou-se casadas as participantes que coabitavam com seus parceiros, independente de serem legalmente casadas. Da mesma forma, convencionou-se usar o termo *esposo* para se referir ao parceiro.

Tabela 01: Dados Sócio-Demográficos das Mães

Caso	Mãe*	Idade	Escolaridade	Ocupação	Estado Civil	Diagnóstico HIV/Aids**
1	Patrícia	25	2º grau com	Aux. Limpeza	Casada	5 meses
2	Mônica	19	2º grau inc	Do lar	Solteira	1,7 anos
3	Valquíria	19	2º grau com	Do lar	Casada	1,5 anos
4	Regina	19	1º grau inc	Do lar	Casada	1,5 anos
5	Diana	37	2º grau com	Aux. Laboratório	Casada	2 anos

* Todos os nome utilizados no estudo são fictícios. ** Tempo decorrido desde o diagnóstico até o momento da entrevista realizada na gestação. Embora nenhuma mãe apresentasse sintomas físicos de Aids, convencionou-se utilizar sempre o termo HIV/Aids no presente estudo, contemplando, assim, a tendência mais comum na literatura.

2.2. Delineamento e procedimentos

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso coletivo (Stake, 1994), com o objetivo de investigar a relação mãe-bebê no contexto de infecção materna pelo HIV/Aids, desde a gestação até o terceiro mês de vida do bebê. Mais especificamente, investigou-se a influência da infecção sobre a constituição do vínculo entre mãe e bebê.

Seguindo os procedimentos do PSICAIDS, as mães foram convidadas a fazerem parte do referido projeto pelos profissionais do serviço de saúde que realizaram um contato inicial e apresentaram o estudo. Aquelas que concordaram em participar responderam à *Entrevista de Dados Sócio Demográficos da Família* (NUDIF, 2006a) e assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (NUDIF, 2005a). Foram agendados, então, dois encontros para a realização da coleta de dados na gestação e, após o nascimento, dois encontros no terceiro mês de vida do bebê. A primeira fase de coleta de dados ocorreu quando as mães estavam no último trimestre de gestação e contemplou os diversos instrumentos previstos no PSICAIDS. No entanto, para fins do presente estudo, afóra os dados sócio-demográficos obtidos no contato inicial, foram utilizados apenas dados obtidos através da *Entrevista sobre Gestação em Situação de Infecção pelo HIV/Aids* (NUDIF, 2005b). A segunda fase de coleta ocorreu quando os bebês tinham completado três meses de vida, com exceção de um deles (Caso 5) que já havia completado quatro meses. Assim como na gestação, diversos instrumentos de coleta de dados foram utilizados nesta fase, sendo que o presente estudo utilizou apenas os dados derivados da *Entrevista sobre Maternidade em Situação de Infecção pelo HIV/Aids* (NUDIF, 2006b), e da *Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê e a Interação Mãe-Bebê no Contexto de Infecção Materna pelo HIV/Aids* (NUDIF, 2006c).

As entrevistas, tanto da gestação como do terceiro mês do bebê, foram realizadas no primeiro encontro de cada uma destas fases, no hospital onde as mães realizavam o pré-natal. Elas antecediam a aplicação dos demais instrumentos do PSICAIDS, cujos detalhes encontram-se descritos em Piccinini et al. (2005). Essas entrevistas tiveram duração aproximada de 90 minutos e foram gravadas em áudio e transcritas para fins de análise.

2.3. Instrumentos

Entrevista de Dados Sócio-Demográficos da Família (NUDIF, 2006a): Entrevista estruturada com o objetivo de investigar dados sócio-demográficos da mulher e de sua família, tais como idade, escolaridade, etnia, ocupação, situação conjugal, local e condições de moradia, bem como informações relativas à infecção pelo HIV/Aids e tratamento realizado no momento. Cópia no Anexo B.

Entrevista sobre Gestação em Situação de Infecção pelo HIV/Aids (NUDIF, 2005b): Entrevista estruturada, realizada de forma semi-dirigida, composta por 10 blocos de questões examinando os seguintes temas: história da gestação, história da infecção pelo HIV/Aids, reações do pai do bebê e da família à gravidez, desenvolvimento do feto, expectativas futuras quanto ao relacionamento mãe-bebê, às mudanças após o nascimento e ao futuro do/a filho/a. Cópia no Anexo C. Cada tema é apresentado à mãe em forma de questões genéricas (ex. “Eu gostaria que tu falasses sobre a tua gravidez, desde o momento em que tu ficaste sabendo, até agora”) e, caso a mãe não se estenda na sua resposta, são apresentadas diversas questões que investigam outros detalhes associados ao tema principal.

Entrevista Sobre Maternidade em Situação de Infecção pelo HIV/Aids (NUDIF, 2006b): Entrevista estruturada, realizada de forma semi-dirigida, composta por cinco blocos de questões examinando os seguintes temas: experiência da maternidade, experiência de parto, primeiros contatos com o bebê, impressões sobre o pai do bebê e relação do casal, relação com a família. Cópia no Anexo D. Cada tema é apresentado à mãe em forma de questões genéricas (ex. “Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre como está sendo a experiência de ser mãe”) e, caso a mãe não se estenda na sua resposta, são apresentadas diversas questões que investigam outros detalhes associados ao tema principal.

Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê e a Interação Mãe-Bebê no Contexto de Infecção Materna pelo HIV/Aids (NUDIF, 2006c): Entrevista estruturada, realizada de forma

semi-dirigida, composta por 12 blocos de questões examinando os seguintes temas: jeito do bebê, dia-a-dia com o bebê, saúde do bebê, alimentação, comunicação mãe-bebê, sono, choro, troca de fraldas, banho, reações do bebê diante de diversas situações, humor do bebê, brincadeiras. Cópia no Anexo E. Investigam-se as impressões e sentimentos das mães sobre suas interações com seus bebês, considerando o significado que essas oferecem às respostas dos dois membros da díade. Cada tema é apresentado à mãe em forma de questões genéricas (ex. “Eu gostaria que tu me falasses sobre o bebê nestes primeiros três meses”) e, caso a mãe não se estenda na sua resposta, são apresentadas diversas questões que investigam outros detalhes associados ao tema principal.

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise de conteúdo qualitativa (Bardin, 1979) das entrevistas foi utilizada para se investigar a relação mãe-bebê no contexto de infecção materna pelo HIV/Aids, desde a gestação até o terceiro mês de vida do bebê. Mais especificamente, investigou-se a influência da infecção sobre a constituição do vínculo entre mãe e bebê. Com base na literatura (Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado, 1994; Raphael-Leff, 1997; Stern, 1997), três categorias temáticas nortearam o processo de análise: *Vivência da maternidade*, *Desenvolvimento do bebê*, e *Relacionamento mãe-bebê*. Partindo destas categorias centrais, diversas subcategorias emergiram das leituras iniciais das próprias entrevistas e foram incluídas na estrutura final de categorias que norteou as análises de cada caso, cuja cópia se encontra no Anexo F.

A realização da análise de conteúdo qualitativa seguiu algumas etapas. Primeiro foi realizada uma leitura do material obtido nas entrevistas, que foi transcrito literalmente. A partir desta leitura inicial, foi realizada uma breve caracterização de cada caso que incluiu dados sócio-demográficos, contexto conjugal e familiar e um breve relato sobre a história da infecção. Na segunda e terceira leituras foram demarcados relatos que faziam referência a cada um dos três eixos de análise. Esses relatos foram então agrupados em subcategorias que formaram a estrutura final de categorias mencionada acima. A última etapa do processo de análise incluiu uma releitura de cada caso à luz da estrutura final de categorias, com o objetivo de descrever e ilustrar o caso.

A seguir apresenta-se cada um dos casos separadamente com destaque para os seguintes itens: 1) **Caracterização do Caso e História da Infecção**; 2) **Gestação** (*Vivência da Maternidade na Gestação, Desenvolvimento do Bebê na Gestação, Relacionamento Mãe-Bebê na Gestação*); 3) **Terceiro Mês de Vida do Bebê** (*Vivência da Maternidade no Primeiro Trimestre, Desenvolvimento do Bebê no Primeiro Trimestre, Relacionamento Mãe-bebê no Primeiro Trimestre*) e, 4) **Mudanças da Gestação ao Terceiro Mês do Bebê**. No Capítulo IV será apresentada uma discussão geral com o objetivo de analisar as semelhanças entre os casos no que diz respeito a cada uma das três categorias de análise e buscando associar os resultados do presente estudo à literatura.

Caso 1: Mãe - Patrícia; Bebê - Jonas

1.1 - Caracterização do Caso e História da Infecção

Patrícia era uma mulher de 25 anos que se tornara mãe de seu primeiro filho, Jonas, fruto da união de três anos com seu marido, de 30 anos. O casal morava em uma casa alugada de três peças, na zona norte de Porto Alegre. Ela concluiu o segundo grau e trabalhava como auxiliar de limpeza em uma empresa durante a semana e, aos finais de semana, era manicure em um salão de beleza. Seu marido também completara o segundo grau e trabalhava como motorista em uma empresa de ônibus, porém, estava afastado temporariamente devido a um problema na perna. Ele já era pai de um menino de 11 anos, com o qual tinha pouco contato.

Patrícia nasceu em uma cidade do interior, localizada há 300 km de Porto Alegre, e veio para esta capital em busca de emprego, aos 17 anos. No interior ela vivia com seu pai, sua mãe e um irmão, os quais ainda moram lá. Ela soube que era portadora de HIV/Aids no segundo mês de gestação, durante o pré-natal. Na época seu marido também realizou o exame anti-HIV, cujo resultado foi positivo. Ela acreditava ter sido infectada pelo marido, pois quando foi admitida em seu emprego, há três anos, precisou realizar o exame e este tinha sido negativo. Ela e o marido ficaram bastante abalados pela notícia do diagnóstico, mas apoiaram-se um ao outro e, aos poucos, foram superando o impacto inicial. Ajudava-a pensar que existiam “doenças piores”, já que o HIV/Aids poderia ser controlado com remédios. Ela e o marido iniciaram acompanhamento médico logo que souberam do vírus e apresentavam bons resultados em seus exames de CD4 e carga viral. O casal optou por não revelar o diagnóstico aos seus pais por medo do preconceito, já que todos vieram do interior e eram mais “conservadores e desinformados quanto ao vírus”. Revelaram, no entanto, para o irmão do marido e a esposa deste, pois ela trabalhava em hospital e “entenderia melhor a situação deles”.

1.2 - Gestação

Vivência da Maternidade na Gestação

Patrícia e seu marido haviam planejado ter um filho: “Era o que eu esperava. Eu peguei o resultado do exame, eu já desconfiava, né. (...) A gente ficou bem feliz”. No entanto, logo que soube da gestação, soube também que era portadora do HIV/Aids: “No começo fiquei um pouco desnorteada pelo fato de eu descobrir que eu tava com o vírus, mas aí depois, assim, com o passar dos meses, eu fui ficando mais calma, e tem sido tranqüila, até então, tá sendo bem tranqüila. (...) A gente entrou meio em deprê, né. (...) Eu não dormia de noite, foi complicado porque isso aí tu acha que nunca vai acontecer contigo”. Segundo Patrícia, o apoio do esposo, do irmão dele e da cunhada

ajudou a superar o impacto inicial. Apesar de tudo, ela refere que o HIV/Aids não alterou sua vontade de ser mãe: *“A gente nem chegou a fazer outros exames até então, se eu tivesse feito na época, eu pensava que eu ia querer igual”*.

Ela estava satisfeita com o acompanhamento pré-natal e não apresentou problemas de saúde, exceto uma anemia leve. Porém, o uso de anti-retrovirais lhe causavam náuseas em alguns momentos, em especial no início do uso da medicação: *“Algumas vezes eu tava, eu tava mal, meio ruim do estômago, aí tipo, tomei um, dois [comprimidos] e vomitei, aí tomei de novo. A gente não pode deixar de tomar nenhum”*. No último trimestre de gestação, ela se mostrava mais tranqüila quanto ao HIV/Aids: *“Eu nem penso muito nisso, como se eu não tivesse o vírus. (...) Então, assim, tem sido como se fosse normal, uma gravidez normal”*. Além disso, ela ressaltava o lado positivo de ter recebido o diagnóstico na gestação: *“A gente jamais iria fazer esse exame e saber que era reagente, então, graças ao meu filhotinho, (...) graças a ele a gente descobriu, aí pôde procurar um tratamento mais rápido”*.

No entanto, ela disse que a proximidade do nascimento estava deixando-a mais tensa, e preocupava-se bastante com o tipo de parto: *“Parto normal acho que a recuperação é muito mais rápida, né, dizem que tu aproveita bem mais, daí, o começo com o neném”*. Além disso, ela também se preocupava com os possíveis questionamentos que receberia das outras pessoas sobre o motivo de não amamentar seu bebê: *“Quando falam, ‘bah, tu vai dar um monte de leite, vai amamentar o teu filho por um bom tempo’, então ali que vai ser complicado. (...) A doutora falou pra gente falar que eu tive hepatite, ou que eu tava com anemia e o leite secou. (...) Eu acho que é uma coisa que vai atrapalhar, assim, em relação à maternidade, eu não sei se eu vou saber mentir”*.

Patrícia não mencionou preocupações quanto a possíveis mudanças após o nascimento, ela apenas imaginava que estas se dariam na rotina do casal, pois teriam que ficar mais em casa, junto ao bebê. Ela estava recebendo bastante apoio de seu marido que, sempre que possível, a acompanhava às consultas de pré-natal: *“Ele tem me tratado como se eu tivesse grávida mesmo, né, não posso fazer isso, não posso fazer aquilo, e ele faz, e ele realmente ajuda muito”*. Ela também contava com o apoio de seus pais e da família do marido, e esperava seguir contando com eles após o nascimento.

Em relação a como se imaginava enquanto mãe, ela relatou: *“Eu imagino, assim, eu não sou muito carinhosa. Eu até fiquei mais depois da gravidez, eu acho que daí, vendo a carinha eu vou ficar muito mais, né. Mas acho, eu não sei se eu vou ser uma boa mãe ou não, né”*. Ela imaginava que seria uma mãe *“muito brigona, muito regrada”*, pois esse era seu jeito com as pessoas. No entanto, ela admitia a possibilidade de ser diferente: *“Não sei se eu vou ser isso pro meu filho ou se eu vou mudar, porque dizem que a gente muda muito quando vê a carinha dele, tem o sentimento de mãe. Claro que me imagino uma mãe carinhosa, uma mãe coruja, mas ao mesmo tempo não é meu perfil”*. Patrícia gostaria de seguir o modelo de sua própria mãe, que considerava uma pessoa

“*muito carinhosa, que protegia os filhos*”, mas que também impunha limites e regras. Do pai, ela gostaria de seguir o jeito “*compreensivo, que sempre conversava com a mãe sobre a forma de criar os filhos; usavam bastante o diálogo e não brigavam na frente dos filhos*”.

Tomando-se conjuntamente os diversos aspectos referentes à vivência da maternidade de Patrícia, constata-se que a notícia do HIV/Aids, embora tenha produzido um impacto inicial, não impediu que ela vivenciasse a gravidez de uma forma tranqüila. Alguns fatores parecem ter contribuído para isso, como por exemplo, o desejo pré-existente da gravidez, o apoio recebido do esposo e cunhados, além da ausência de sintomas da doença. No entanto, a influência do HIV/Aids mostrava-se presente quando agregava preocupações específicas da infecção àquelas próprias da gestação. Neste caso, além de preocupar-se com a proximidade do nascimento e o tipo de parto, ela também temia possíveis questionamentos quanto à não-amamentação. No último trimestre de gestação Patrícia também estava construindo sua identidade materna, baseando-se em seus pais como modelos de cuidadores e, também, em suas próprias características pessoais.

Desenvolvimento do Bebê na Gestação

O bebê de Patrícia estava se desenvolvendo bem intra-útero. Ela considerava-o muito agitado: “*Ele não parava de se mexer, desde o começo, sempre foi muito agitado, muito, muito, assim, de não conseguir tirar as medidas dele, né*”. Ela identificava um ciclo de movimentações de seu bebê: “*De manhã ele é mais calmo, acho que ele é meio preguiçosinho, no meu pensar acho que ele tá dormindo*”. Ela dizia que à tarde ele se mexia “*razoavelmente*” e, à noite, “*fica se mexendo até uma meia-noite*”. Sobre os movimentos de seu bebê, comentou: “*É um desconforto, mas um desconforto muito bom*”.

Quanto às características físicas de seu bebê, Patrícia imaginava que ele seria “*loirinho de olho claro*”, parecido com seu marido, mas que também seria “*todo redondinho (...), com as mãos redondinhas*”, assim como as dela. Ela também achava que seu bebê teria “*cachinhos*”, pois ela e o marido tinham quando pequenos. Embora ela gostasse de imaginar como seria seu filho, sabia que ele poderia nascer bem diferente do que ela esperava.

Ela referia preocupações com a saúde de seu bebê, que estavam aumentando à medida que a gravidez progredia: “*A gente pensa, ainda mais agora no final, né, se vai ser uma criança sadia, se não vai ter [o HIV], realmente é bobagem a gente pensar isso, mas se não vai ter algum problema assim físico, né. (...) Eu me preocupo bastante, né, procuro nem pensar, assim, né. Procuro pensar que vai ser uma criança linda, sadia, tudo de bom pra ele, né*”. Patrícia dizia estar na expectativa de que o bebê não tivesse o HIV/Aids, “*eu nem penso ao contrário disso*”. Ela também acreditava que a saúde de seu filho não seria prejudicada pelo fato deste não receber

o leite materno: *“Muitas crianças também se criam bem, bem sadias, bem tudo, né, não sendo amamentadas pelo leite materno. Tem Nan, têm vários outros jeitos, né, de amamentar o bebê e ele crescer sadio”*.

Conforme visto acima, Patrícia estava atribuindo ao seu bebê características físicas e de personalidade, baseadas em percepções da gestação e também em sua própria história. Ela apresentava preocupações quanto à saúde geral e às condições físicas de seu bebê, e tais preocupações pareciam intensificadas diante da possibilidade de infecção do filho.

Relacionamento Mãe-Bebê na Gestação

Patrícia ficou muito feliz ao saber que seria mãe de um menino. Embora não tivesse preferência quanto ao sexo, desde o início da gravidez sentia que seria um menino. Foi ela quem escolheu o nome de seu filho, Jonas, que considerava *“um nome forte”* e que sempre gostara, desde pequena.

Desde que soube do HIV/Aids, ela procurou seguir alguns cuidados na gestação para proteger o bebê. Estes incluíam se manter bem emocionalmente: *“Agora a gente tem que erguer a cabeça e seguir como se nada tivesse acontecido, a gente não vai agora deixar a peteca cair, pelo fato do neném, a gente tem um filho agora”*. Além disso, ela buscou seguir as recomendações e usar corretamente a medicação anti-retroviral, pois assim *“tem muito mais chance dele não ter [o HIV]”*. No entanto, ela relatou ser mais difícil tomar a medicação quando havia outras pessoas por perto, já que essas *“podem querer saber o motivo da medicação”*. Por conta disso, em alguns momentos precisou atrasar alguns minutos o horário da medicação, *“até conseguir ficar sozinha para tomar o remédio”*. Ela também havia mudado sua alimentação: *“Isso faz, acho que não sei se prevenir, claro, mas ajuda muito (...). A gente colocou muito mais verdura, coisas mais saudáveis, assim, pra ajudar bastante, não só a mim, quanto a ele [marido] também e, principalmente, o neném”*.

Patrícia não conversava muito com seu bebê na gestação: *“Parece que não é a mesma coisa conversar com ele dentro da barriga e como vai ser, assim, quando eu ver a carinha dele”*. Porém ela referiu que *“no meu pensamento estou sempre transmitindo coisas boas pra ele, sempre converso ‘e aí filho, como é que tu tá hoje?’”*. Ela também já havia arrumado o quarto e o enxoval do bebê. Sobre a medicação preventiva que seu bebê teria que tomar, ela comentou: *“Vou fazer bem direitinho (...), realmente cuidar pensando nele”*; mas, ela antecipou algumas dificuldades a este respeito, principalmente em função do posterior retorno ao trabalho: *“Quando eu tiver que voltar a trabalhar, com quem eu vou deixar (...), é complicado, né. Tu não sabe se a pessoa vai dar certo ou não, claro, eu vou ficar com o celular ‘ó, agora é hora do remédio’, mas e aí?”*. Diante disso, ela chegou a mencionar que *“até seria legal”* se fosse demitida, pois poderia ficar em casa *“pelo menos até o tempo do neném tomar os remédios”*. Outra preocupação

demonstrada foi quanto ao bebê não gostar da medicação: *“Eu até comprei um bico para ele, que vai o remedinho dentro do bico e ele chupa o bico, (...) porque é ruim dar remedinho, eles não gostam”*.

Patrícia achava que toda sua atenção se voltaria para o bebê após o nascimento: *“[Hoje] tu te preocupa mais com o que tu tá carregando contigo, que é o neném e aí depois, então, eu acho que vai ser pior. Dizem que a gente acaba esquecendo um pouco da gente, né, e pensando só no neném, né, pra poder dar toda a atenção que ele precisa”*. Ela também falou como reagiria diante de um diagnóstico negativo para HIV/Aids em seu bebê: *“Ah, vai ser uma coisa boa que a gente conseguiu, a gente conseguiu, fez tudo certinho, a gente conseguiu que ele não fosse, né”*. Porém, diante de um diagnóstico positivo, comentou: *“Se isso acontecer a gente vai dar todo o apoio, mas vai ser complicado. (...) Daí vai ser bebê e já vai tá, né. A gente pegou depois de um certo tempo”*. A preocupação com o HIV/Aids também ficou evidente ao imaginar a rotina de cuidados com o bebê: *“Na minha casa, em relação a ele vai ter que ser tudo separadinho, assim, pelo fato de ter um certo cuidado da gente com ele, né, pelo fato de ser criança, vai ter que cuidar bastante. (...) Eu acho que não vai ser tanto, acho que em relação, não mexer com ele assim, sabe, em certos curativos, esse tipo de cuidado, assim, sabe. Mas não com prato, talher, essas coisas [ficam] tudo junto, né”*.

Patrícia conseguia imaginar alguns momentos de interação com o bebê, como foi o caso da alimentação: *“Já imagino, eu tenho até uma poltrona que eu vou ficar lá dando de mamar para ele”*. Algumas situações ela disse que só saberia como lidar na hora em que acontecesse, como é o caso de consolar o bebê quando ele chorar: *“Acho que isso vai ser meio espontâneo, né, espontâneo. (...) Eu vou falar alguma coisa que console, mas o quê, assim, fico pensando, o quê que eu vou falar, né”*. Ela dizia que seria uma mãe rígida quanto à imposição de limites: *“Eu vou levantar a voz e dizer ‘não, tu vai comer agora ou tu não vai comer depois’*. (...) *Hora de comer, é hora de comer; hora de assistir televisão é hora de assistir televisão. Acho que eu vou ser um pouco mãe chata”*. Sobre a criação e educação de seu filho, ela queria ensinar *“o que é certo e o que é errado”*, assim como esperava identificar se ele estivesse *“fazendo algo errado”*. Para isso ela gostaria de manter bastante diálogo com o filho, *“ficar à vontade de pode chegar e falar com ele sobre sexo, sobre drogas”*, assuntos que ela não sentiu liberdade de conversar com seus pais quando menor, pois no interior *“os relacionamentos são mais fechados”*. Ela gostaria que seu filho crescesse sendo *“um rapaz com personalidade (...) Seja uma pessoa boa, porque o mundo da gente é tão, tão pequeno, né, a gente vive tão pouco (...) O que ele não quer pra ele, ele não deve fazer para as pessoas”*. No futuro, ela e o marido pretendiam contar ao filho sobre o HIV/Aids, pois acreditavam que essa informação poderia *“levá-lo a ter mais cuidados nos relacionamentos dele”*.

Como pode ser visto acima, o relacionamento entre Patrícia e seu bebê durante o período intra-uterino já era cercado de cuidados e afetos (escolha de um nome que admirava,

cuidados com a sua alimentação e com a medicação profilática, preparo do enxoval do bebê). Apesar de relatar certa dificuldade no uso de anti-retrovirais, a influência do HIV/Aids parece maior em suas expectativas quanto ao relacionamento com seu bebê após o nascimento. Isso porque ela imaginava possíveis dificuldades na administração da medicação do bebê, no cuidado com machucados, ou mesmo preocupação quanto ao auto-cuidado de seu filho no futuro. No entanto, ao mesmo tempo em que essas dificuldades eram constatadas, Patrícia também vislumbrava formas de lidar com elas, demonstrando que elas seriam incorporadas ao seu dia-a-dia com o bebê. Suas expectativas quanto ao relacionamento mãe-bebê indicavam um forte afeto, já que ela imaginava que colocaria seu filho acima de tudo. Porém, suas expectativas quanto à educação de seu filho mostravam-se ambivalentes (rigidez e imposição de limites; abertura e diálogo). Para o futuro, Patrícia esperava que, através de informação, seu filho pudesse tomar os devidos cuidados para não vir a ter o HIV/Aids, o que demonstrava a influência de sua vivência pessoal da infecção servindo como um parâmetro daquilo que ela gostaria de evitar para seu filho.

1.3 - Terceiro Mês de Vida do Bebê

Vivência da Maternidade no Primeiro Trimestre

Patrícia teve parto normal, com algumas complicações. Ela teve descolamento de placenta e hemorragia intensa, precisando ficar a primeira semana no hospital, sendo que os quatro primeiros dias foram na UTI. Ela se sentiu bastante “*frágil, assustada e chorosa*” na primeira semana, pois tinha medo de morrer e também não conseguia segurar seu bebê no colo por conta da sedação. Além disso, a preocupação com o HIV/Aids pareceu ficar mais intensa: “*Tudo era medo, assim sabe, pelo fato de eu ter o problema [HIV], eu achava que ia ser mais difícil a recuperação*”. A primeira semana após a alta do hospital foi difícil, pois ela se sentia muito insegura nos cuidados com o bebê e também sentia falta da presença da mãe, que só conseguiu vir do interior na segunda semana: “*Eu senti um vazio dentro de mim, realmente, então assim, me desesperei no começo, tanto é que minha mãe veio mais por causa disso. E aquela coisa assim, só mãe, só tu vendo a mãe da gente para passar tudo*”.

A insegurança logo foi passando e Patrícia passou a se sentir bem e mais tranqüila com os cuidados do bebê: “*Ai, tá sendo muito bom, pra mim tá sendo uma experiência ótima*”. Ela referiu mudanças em seu jeito de ser: “*Eu só pensava em mim, agora com o bebê já não, primeiro lugar é ele. (...) É diferente o modo de pensar em relação às pessoas, à convivência, tu acaba entendendo melhor as coisas, tu fica mais sensível para um monte de coisa, assim sabe. Tu entende tudo da tua vida, tu começa a ser mais compreensiva com as coisas. Eu não era nem um pouco*

compreensiva, eu era muito brigona". Ela se descrevia como uma "mãe coruja" e dizia que não estava sendo "rígida" como imaginava que seria, e sim mais compreensiva. Ela acreditava que estava sabendo "cuidar direitinho", e afirmava que o "capricho que estou tendo com Jonas é o mesmo que a mãe tinha com a gente".

Ela não teve problemas com o fato de não ter amamentado, já que aconteceram outras intercorrências no parto: "Por um lado foi até bom eu ter passado por tudo que aconteceu porque teve um motivo, senão acho que nem saberia o que a gente ia dizer". Porém, ela demonstrou mais preocupações em relação ao HIV/Aids após o nascimento: "Qualquer dorzinha, qualquer coisinha que apareça tu fica preocupada. (...) Tudo a gente acha que é em relação ao HIV". Para se tranquilizar, ela preferia pensar que existiam doenças piores: "Em primeiro lugar eu penso, 'Pô, é muito melhor eu estar com isso do que com câncer'. (...) Tu tem que pensar alguma coisa para ti não ficar deprimida, né. Realmente tem dias, eu não tô sempre assim, tem dias que tu fica deprimida. Se tu parar para pensar tu não vive". Nestes primeiros meses, ela contava com o apoio de sua mãe, do marido e da família dele para o que precisasse em relação ao bebê.

A partir do exposto acima, percebe-se que a vivência da maternidade de Patrícia foi marcada por uma insegurança inicial que parece ter sido agravada pelas complicações do parto e pelo HIV/Aids, que provocaram medo de morrer. O contato dificultado com seu bebê por conta da hospitalização e a ausência da mãe intensificaram esta insegurança inicial. No entanto, o retorno para a casa, o apoio familiar e o próprio contato com o filho possibilitaram que fosse, aos poucos, sentindo-se mais segura e realizando-se no papel materno. Ela referiu mudanças em seu jeito de ser e desenvolveu seu próprio estilo de cuidar, influenciada, no entanto, pelo modelo de sua própria mãe. A influência do HIV/Aids não se deu pelo fato de não poder amamentar, mas sim por preocupações relativas a sua própria saúde, seja na recuperação do parto, ou mesmo ao longo dos primeiros meses com seu bebê. Embora Patrícia buscasse minimizar esta influência, ela seguia ativa, porém sem interferir em sua satisfação quanto à vivência da maternidade.

Desenvolvimento do Bebê no Primeiro Trimestre

Segundo Patrícia, Jonas nasceu com os olhos claros como os do pai, mas depois eles escureceram e ficaram mais parecidos com os dela. Ela mencionou que seu filho era como ela imaginava, "um nenê bem carequinha, olhão grandão, era bem o que eu imaginava, assim sabe, lindo". Ela achava que ele tinha a "personalidade forte", pois era brabo, mas que também era muito alegre e bem humorado, já que estava sempre rindo: "Ele acorda sorrindo e dorme sorrindo. (...) Ele acorda, logo que te enxerga dá uma risada, tu acaba olhando e ele está rindo, então

o humor dele é bom". Ela também o considerava *"muito esperto. (...) Conversando ele fica atento, olha para ti, mexe a boca e faz sons, querendo conversar"*.

Patrícia demonstrava satisfação em relação ao crescimento de seu filho: *"Cada vez que vai trocar tu vê uma diferença no corpinho dele, de crescimento né, uma dobrinha a mais que aparece, é muito legal"*. Ela disse que ele, aos poucos, estava espaçando mais o tempo entre uma refeição e outra. Ele se adaptou bem ao leite industrializado e às frutas e sucos que recentemente haviam sido incluídos em sua alimentação. Ele também se adaptou bem ao AZT xarope, que tomou nos primeiros 42 dias de vida. No entanto, ele não havia se adaptado bem à medicação para a prevenção de pneumonia e eventualmente regurgitava o remédio. Ela referiu que seu filho já apresentava regularidades em sua rotina, como os momentos das refeições e do sono.

Ela relatou que ele estava na *"fase das mãos, olha para as mãos, brinca com as mãos, coloca as mãos na boca"*. Além disso, ele mexia bastante as pernas, *"está sempre pedalando"*. Patrícia comentou que Jonas estava se assustando com barulhos: *"Antes o barulho ele não dava muita bola, agora, se ele tá dormindo, ele já acorda, (...) mas assim, eu vejo que são coisas normais, vejo que ele está evoluindo"*. Também chamava a sua atenção o fato de seu filho conseguir se agarrar nas coisas: *"Ele se agarra, consegue se apoiar no carrinho e vai para um lado e para o outro"*. O riso dele também parecia chamar especialmente a atenção de Patrícia: *"Ah! Eu dou risada junto e acho que ele fica rindo de mim também. (...) Não tem como não rir junto, é muito engraçado"*.

Segundo Patrícia, seu filho nasceu *"perfeitinho"* e não havia apresentado nenhum problema de saúde significativo, exceto cólicas leves. A sua única preocupação quanto à saúde do filho era em relação ao diagnóstico de HIV/Aids, embora ele já tivesse feito dois exames cujos resultados foram negativos. Cabe ressaltar que no serviço de saúde onde Patrícia e seu filho faziam acompanhamento médico, o resultado definitivo do exame para HIV do bebê era obtido por volta do sexto mês de vida, devido ao uso de uma técnica mais específica para investigação da presença viral: *"Enquanto não sair o terceiro resultado sempre tem [preocupação], não adianta. Por mais que eu te diga 'eu tô tranqüila', até sair, até a gente ver, não adianta, fica aquela dúvida ainda dentro da gente"*.

Considerando as percepções de Patrícia quanto ao desenvolvimento do filho, ela demonstrava diversas satisfações, em especial quanto ao seu jeito, suas adaptações e suas habilidades. Ele parecia estar se desenvolvendo bem e apresentando as aquisições esperadas para a sua idade. Embora houvesse a preocupação quanto à possibilidade de seu filho ter o HIV/Aids, o desenvolvimento dele parecia ser um sinal de saúde para Patrícia, o que a deixava contente.

Relacionamento Mãe-bebê no Primeiro Trimestre

Patrícia estava bastante feliz com a convivência com o filho: *“Está sendo uma coisa maravilhosa porque é uma coisa nova a toda a hora que tu tá com ele. (...) Tudo é divertido com ele, né, tua vida passa voando”*. Logo após o parto, ela se preocupava em não ficar triste perto do filho, pois *“se tiver triste, pode ter certeza eu ele vai ficar também”*. Ela temia que ele pudesse ter se infectado pelo HIV/Aids diante das complicações do parto e, por isso o protegia bastante no início: *“Eu protegia muito mais ele, agora eu já estou mais segura. (...) Foi até colocar na minha cabeça que a coisa não é bem assim, ele tá seguro, mais o tratamento que eu fiz bem direitinho, nunca deixei de tomar nenhum remédio nem nada, né”*.

Das atividades que realizavam juntos, Patrícia gostava mais do momento da alimentação e da troca de roupa em razão da reação do filho: *“Quando eu vou trocar, ele ri muito, ele adora ficar pelado, né. (...) E assim, o momento da alimentação, vendo ele gostar, se lambuzar, tentar mastigar, né, é muito divertido”*. Ela também gostava da hora do banho: *“É divertido, molha tudo dentro de casa. (...) Ele já conhece a banheira, então ele olha e já fica rindo, é bem divertido dar banho nele”*. A atividade que ela menos gostava de fazer com o filho era dar o remédio, pois era uma *“preocupação”*, já que precisava cuidar para que ele não vomitasse a medicação, o que implicaria em ter que repetir a dose perdida.

No dia-a-dia, ela conciliava a rotina de cuidados da casa com os cuidados do filho, mas priorizava as necessidades dele. Ela fazia a limpeza mais pesada enquanto ele dormia e as atividades mais leves quando ele acordava e podia ficar junto dela. Os momentos de brincadeiras incluíam brinquedos, conversas e *“palhaçadas”*, e aconteciam depois que ela terminava o serviço de casa: *“A hora de brincar é um momento maravilhoso, que eu sei que eu não tenho mais nada para fazer e tiro aquele momento para brincar, e ele entende quando eu estou brincando porque ele sente que eu estou mais descansada, que está tudo pronto”*.

Ela achava que cuidava bem de seu filho e que já compreendia suas necessidades e o que fazer para supri-las. Patrícia conversava bastante com o filho e achava que ele a reconhecia, pois ele a procurava com a cabeça e agitava as pernas quando escutava sua voz. Ela acreditava que *“quanto mais a gente conversa, mais diálogo, ele fala mais rápido, né”*. Segundo ela, o filho *“reage sempre rindo”* e com balbucios: *“Ele começa a fazer ‘aaa’, os enroladinhos dele”*. Ela referiu que ele se expressava através do olhar, sorriso, balbucios, resmungos, gestos e choro, e ela oferecia um sentido às expressões dele: *“Quando ele tá xixi, aí ele começa a ficar enjoadinho, ou quando ele está com fome ele começa a resmungar, e a gente vê que é de fome. Quando ele tá com sono eu sei que ele tá com sono, porque ele começa a coçar nariz, a coçar o olho, sabe. Isso aí eu já sei tudo assim. Mas quando eu tô conversando com ele, que ele já mamou, que já dormiu, a gente vê que ele tá feliz”*. Ela identificava três tipos de choro em seu

filho: de manha, de fome e de dor. Ela procurava responder prontamente ao filho, porém, mencionou que o choro de dor era o mais difícil de atender: *“A gente sabe que está dando alguma coisa nele, mas não sabe o que é. Tu dá remédio para febre, tu dá remédio para cólica, tu dá coisinhas para frio, chazinho, e nada adiantava, né. Então tu fica assim, é uma coisa que vem de ti que tu acha que o mundo desaba sobre a tua cabeça, tu não sabe o que fazer”*.

Patrícia estava preocupada com seu retorno ao trabalho, pois ficaria mais distante de seu filho: *“Eu acho que quando eu voltar a trabalhar isso complica, né. Eu já vejo nessas horinhas que eu saio, já fico morrendo de saudades dele”*. Em razão disso, estava planejando largar o trabalho de manicure aos sábados, pois durante a semana já estaria longe do filho em razão de seu emprego. Apesar das saudades que iria sentir, ela estava tranqüila quanto aos cuidados que ele iria receber, pois ficaria com uma tia do marido, em quem confiava bastante. Pensando em facilitar este processo, ela já estava acostumando o filho a *“mamar deitadinho”*, sem a necessidade de alguém ter que pegá-lo no colo.

Tomando-se conjuntamente os relatos de Patrícia, constata-se sua satisfação quanto ao relacionamento estabelecido com Jonas. Ela se encarregava de todos os cuidados do filho e, desde o início, demonstrava sensibilidade com as suas necessidades e disposição para atendê-las. A reação do filho parecia também estimulá-la para os momentos de interação. Ela vivenciava a dupla rotina de cuidar da casa e do filho e já se preocupava com seu retorno ao trabalho, pois ficaria mais tempo afastada dele. No entanto, ela procurava tornar este momento menos difícil para ela e para ele, escolhendo uma pessoa de confiança para cuidá-lo e adaptando-o a mamar de uma forma um pouco mais independente dela. A infecção pelo HIV/Aids parece ficar secundária diante das satisfações em seu relacionamento com o seu bebê, parecendo influenciar apenas no momento da medicação dele. Logo após o nascimento, o temor pela infecção do filho mobilizou um comportamento superprotetor de Patrícia em relação a ele. Porém, tal comportamento foi desaparecendo à medida que ela se sentia mais segura, evitando assim, um risco potencial à relação mãe-bebê.

1.4 - Mudanças da Gestação ao Terceiro Mês do Bebê

Os relatos de Patrícia quanto à vivência da maternidade na gestação e no terceiro mês demonstraram, em geral, satisfação e alegrias. No entanto, ficou evidente que o HIV/Aids lhe provocou intensa ansiedade, principalmente no início da gestação e logo após o nascimento do filho. O início da gestação foi marcado simultaneamente pela alegria frente à notícia da gravidez e pela tristeza e perplexidade diante do diagnóstico de HIV/Aids. Assim, diante das diversas mudanças decorrentes do processo de gestação (Szejer, 2002), ela também precisou

se deparar com o impacto do diagnóstico do HIV/Aids e iniciar o acompanhamento pré-natal especializado e o tratamento profilático (Brasil, 2006b). Após este impacto inicial, ela pareceu minimizar a importância e a gravidade do diagnóstico de HIV/Aids, o que pode ser entendido como uma defesa utilizada para que levasse a gravidez de forma tranqüila. Embora mencionasse alguns temores diante do HIV/Aids, a maternidade ainda era mais valorizada do que a infecção (Moura & Praça, 2006).

No entanto, as complicações obstétricas ocorridas na hora do parto, embora não relacionadas ao HIV/Aids, fizeram com que Patrícia sentisse novamente o impacto da infecção. Ela imaginava que a infecção pudesse ter contribuído para tais complicações e tinha medo de morrer e não acompanhar o crescimento de seu filho. Este medo foi constatado por Carvalho e Piccinni (2006) em gestantes portadoras de HIV/Aids e, em Patrícia, ele pareceu mais evidente após o parto, provocando ansiedade e insegurança. Assim como na gestação, este medo e as demais ansiedades referentes à infecção pelo HIV/Aids foram sendo gradativamente minimizados, cedendo lugar à satisfação com a maternidade. No entanto, no terceiro mês ela se preocupava mais com sua saúde em razão de ter o vírus, o que provavelmente tenha sido intensificado pelos sentimentos de fragilidade diante das complicações do parto.

Alguns fatores se mostraram importantes na vivência da maternidade de Patrícia, em especial o apoio de seu companheiro desde a gestação e durante o primeiro trimestre de vida do filho, que a auxiliou a superar as ansiedades presentes na maternidade em meio ao HIV/Aids. Neste sentido, Seidl et al. (2005) já haviam constatado que a convivência com o companheiro e o apoio emocional favorecem o bem-estar em portadores de HIV/Aids. Já a sua família e a de seu esposo, embora não soubessem do vírus, ofereceram apoio para que ela pudesse ir gradativamente construindo seu próprio jeito de cuidar e de ser mãe. Neste sentido, ela pôde contar com uma *matriz de apoio* (Stern, 1997) que a fez sentir-se segura para desempenhar sua função materna. O apoio de sua mãe teve uma importância especial para superar sua insegurança inicial. Logo após o parto, Patrícia sentiu-se frágil e com a necessidade dela própria ser cuidada, e o auxílio de sua mãe foi importante para que pudesse sentir-se mais segura e assumisse os cuidados com seu bebê. Aos poucos, ela foi percebendo mudanças em sua identidade e desenvolveu seu próprio jeito de cuidar, inspirando-se em sua mãe como modelo. Esses processos constituem o que Stern (1997) denominou *reorganização da identidade* e estão presentes na transição para a maternidade.

Com relação ao desenvolvimento de Jonas, Patrícia acompanhava satisfeita o seu crescimento desde a gestação. Ela referiu que o filho era como ela imaginava na gestação, embora neste período tenha citado algumas características físicas diferentes daquelas

mencionadas no terceiro mês. Ela estava satisfeita com a aparência e o jeito real de seu bebê e não demonstrou maiores ansiedades no processo de luto pelo bebê imaginado (Brazelton, 1992). Durante a gestação, ela apresentava diversas preocupações quanto à saúde e às condições físicas de seu bebê, semelhante ao que foi relatado por Piccinini et al. (2004) em pesquisa com gestantes primíparas, não portadoras do HIV/Aids. Embora tais preocupações pareçam fazer parte do contexto normativo de gestação, elas se mostravam mais intensificadas em Patrícia, já que também havia a possibilidade de infecção do filho, conforme também constatado por Carvalho e Piccinini (2006). As preocupações quanto à saúde geral do filho pareceram desaparecer nos relatos de Patrícia ao terceiro mês, já que este nasceu bem e não tivera problemas de saúde graves, além de ter apresentado um desenvolvimento dentro do esperado para os primeiros meses de vida. No entanto, aos três meses ainda seguia a preocupação dela quanto ao diagnóstico do filho, já que aguardava a realização do exame que ofereceria o resultado definitivo.

No que diz respeito ao relacionamento entre Patrícia e seu filho, este vínculo havia iniciado desde a gestação e mostrava-se sólido no terceiro mês de vida do bebê. Segundo Brazelton e Cramer (1992), as expectativas, os cuidados e os sentidos atribuídos pela mãe ao seu bebê intra-útero já constituem o relacionamento mãe-bebê inicial. Durante a gestação, Patrícia procurava tomar os devidos cuidados visando o bem-estar do bebê, além de já demonstrar um afeto positivo e preparar um clima de acolhimento ao filho. Esse envolvimento se manteve no terceiro mês, através dos cuidados exercidos por ela.

Além de mencionar alegrias e satisfações no dia-a-dia com o filho, Patrícia também expressava sensibilidade às suas necessidades e disposição para atendê-lo quando preciso, favorecendo a criação de um ambiente afetivo e seguro (Bydlowski & Golse, 2002). Ela e o filho haviam estabelecido algumas formas de comunicação (Klaus et al., 2000), e ela já compreendia as necessidades dele, assim como achava que ele já podia entendê-la em alguns momentos. No terceiro mês, as diversas reações do filho emocionavam Patrícia, que se sentia continuamente estimulada a se engajar nas interações com ele.

Durante a gestação, ela esperava algumas dificuldades relacionadas ao HIV/Aids no seu cotidiano de relacionamento com o filho. Entre essas, citou a administração da medicação do bebê, os cuidados com eventuais machucados e a preocupação com o auto-cuidado de seu filho no futuro. Já no terceiro mês, a única dificuldade mencionada foi quanto à administração da medicação do filho, pois este não havia se adaptado a um dos remédios. É possível que as demais preocupações ainda estivessem presentes, mas não foram enfatizadas talvez por estarem em um papel secundário diante das satisfações observadas no relacionamento com Jonas. No entanto, Patrícia relatou que logo após o nascimento, buscava protegê-lo bastante,

comportamento motivado pela fragilidade que vivenciou na situação de nascimento. Isto fez reacender o seu temor de que pudesse morrer e que o HIV/Aids prejudicasse sua saúde, além da maior preocupação com a possível infecção do filho. Em relação a este comportamento materno, D'Auria et al. (2006) já haviam identificado um senso de urgência nestas mães em manterem-se próximas de seus filhos, e os achados de Gonçalves (2007) também evidenciaram que as preocupações presentes na maternidade em meio ao HIV/Aids poderiam levar as mães a cuidados intensos com seus bebês. Em Patrícia, este comportamento esteve presente em um momento inicial e foi se modificando à medida que se sentia mais segura, principalmente quanto ao HIV/Aids. Gonçalves (2007) também referiu intensa tristeza e preocupação quando mães portadoras de HIV/Aids precisavam deixar seus filhos aos cuidados de outras pessoas, mesmo que estas fossem confiáveis. Na gestação e no terceiro mês, Patrícia já antecipava esta preocupação quando pensava em seu retorno ao trabalho. Primeiramente ela tinha dúvidas acerca de com quem deixar seu filho e, após ter conseguido uma pessoa confiável para cuidá-lo, referia tristeza pela separação, o que demonstra a dificuldade dela ficar afastada dele.

Resumindo os aspectos mencionados acima, a vivência da maternidade em Patrícia foi influenciada pelo HIV/Aids, tanto na gestação (impacto do diagnóstico) como no primeiro trimestre (preocupações com saúde). No entanto, em muitos momentos essa influência foi minimizada e a satisfação com a maternidade prevaleceu, fazendo com que Patrícia pudesse vivenciar as tarefas e mudanças específicas do processo de tornar-se mãe. Por outro lado, as representações acerca do bebê ainda na gestação e as satisfações com seu desenvolvimento após o nascimento minimizaram as suas preocupações quanto à saúde do filho. Apesar de existir a preocupação quanto ao diagnóstico de HIV/Aids do filho, esta não impossibilitou que a mãe pudesse vê-lo como saudável e reconhecer seu adequado desenvolvimento. Todas essas constatações possibilitaram que Patrícia desenvolvesse um relacionamento satisfatório com Jonas, cercado de afetos. Ela conseguia atendê-lo dentro de suas necessidades, assim como ele também conseguia oferecer respostas aos comportamentos maternos, o que facilitava e trazia satisfação à Patrícia durante seus momentos de interação com o filho. No entanto, cabe ressaltar que a infecção pelo HIV/Aids frequentemente mostrava-se presente, seja pelas preocupações maternas com sua própria saúde e com a do filho, com o seu diagnóstico ou com o momento da medicação. Pode-se pensar que fatores como características pessoais de Patrícia, apoio do marido e da família, bom estado de saúde apesar do HIV/Aids, além do acesso a um serviço de saúde especializado possam ter auxiliado ela a superar a ansiedade intensa diante do diagnóstico e realizar-se com a maternidade, possibilitando o estabelecimento de um relacionamento mãe-bebê cercado de afetos e satisfações.

Caso 2: Mãe - Mônica; Bebê - Igor

1.1 - Caracterização do Caso e História da Infecção

Mônica era uma jovem de 19 anos que se tornara mãe de seu primeiro filho, Igor. Ela não trabalhava e não havia concluído o segundo grau. Ela morava com a mãe e a avó em um apartamento de quatro peças, na zona norte de Porto Alegre. No mesmo prédio também morava seu irmão, junto com esposa e filhas. Mônica estava solteira e sua gravidez foi fruto de um relacionamento breve que tivera com um rapaz de 22 anos que era seu conhecido. Sobre ele, ela sabia que ele havia concluído o segundo grau e que trabalhava, mas não sabia qual sua profissão. Ela também referiu que ele não tinha outros filhos e que vivia com os pais, mas não tinha maiores informações sobre sua família.

Mônica gostava bastante de ir a festas com as amigas. Ela recebia ajuda financeira de sua mãe, que trabalhava como auxiliar de enfermagem. O seu pai e a sua mãe eram separados desde a gravidez da mãe, e seu pai havia constituído outra família. Ele e Mônica tiveram uma relação distante, mas ele havia se aproximado dela após saber que estava grávida. Ela não falou a profissão de seu pai, mas referiu que ele estava lhe ajudando a adquirir algumas coisas do enxoval do bebê. Mônica soube que era portadora do vírus HIV/Aids havia um ano antes de engravidar. Ela havia realizado a testagem anti-HIV ao descobrir que um ex-namorado seu falecera em decorrência da Aids. Ela ficou revoltada ao descobrir o motivo de seu falecimento: *“Eu senti raiva porque ele não me contou”*. Logo que soube do vírus, iniciou acompanhamento médico, mas ainda não necessitava usar medicação. Ela referiu ter tido um período de *“desânimo”*, em que parou de ir às consultas, mas logo retomou e seu estado de saúde continuava bom. Ela contou sobre o HIV/Aids a seus pais, tio, irmão e cunhada, que no *“início ficaram tristes”*, mas que depois se tranquilizaram e lhe ofereceram apoio. Mônica relatou que o HIV/Aids trouxe mudanças em sua vida, pois muitas pessoas passaram a suspeitar que ela tivesse o vírus e faziam comentários a esse respeito: *“Aí dizem: ‘O ex-namorado dela faleceu de HIV’, então fica aquele falatório, daí fica uma situação chata”*.

1.2 - Gestação

Vivência da Maternidade na Gestação

Mônica não planejava engravidar e se relacionara pouco com o pai de seu bebê: *“A gente só teve relação uma vez e estourou a camisinha”*. Sobre a reação diante da gravidez, comentou: *“No começo eu não aceitava muito. (...) Ao mesmo tempo que eu fiquei feliz com o*

pensamento de ter um filho, eu fiquei triste porque tem o problema [HIV]". Ela ficava preocupada com a possível transmissão do vírus ao bebê e, também com o fato de que o pai de seu filho não sabia que ela tinha HIV/Aids: *"Eu não falei nada para ele porque eu não sabia da reação, daí eu disse para a minha mãe que de repente eu ia ter que contar, mas como eu sei que ele fez o exame e deu negativo, ele não tem"*. No entanto, ela não deixou claro como soube do exame dele. Mônica sempre tivera vontade de ser mãe, mas após o HIV/Aids ela *"tinha perdido as esperanças, pois eu pensava que não teria como engravidar não contaminando uma pessoa, né"*.

Ela estava bem de saúde e mostrava-se satisfeita com o acompanhamento pré-natal iniciado no segundo mês de gravidez. Porém, ela mencionava dificuldades no momento da medicação: *"Eu não era acostumada a tomar remédio, então foi muito difícil. Acontece, às vezes de eu tomar remédio, não descer e voltar, e eu chorar e ter que tomar de novo, porque eu tenho que pensar no neném"*. Ela se preocupava com a recuperação pós-parto, pois seria realizada cesariana por indicação obstétrica, e também com possíveis questionamentos sobre o motivo da não-amamentação.

Mônica comentou que o pai do bebê, logo que soube da gravidez, *"ficou meio assim, até porque a gente não tava juntos, (...) mas daí aceitou, teve que aceitar. Tá ajudando do jeito que pode"*. Ele ligava para ela *"uma ou duas vezes por semana"*, mas eles pareciam não manter uma relação muito próxima. Ela relatou que ele havia se colocado à disposição para o que ela precisasse, mas ela evitava pedir coisas a ele porque considerava que *"a gente não tem muito contato"*. Inicialmente sua família não aceitou a gravidez pelo fato de ela não estar namorando. Aos poucos foram se adaptando à idéia e ela já podia contar com o apoio deles, em especial da mãe, de uma prima e do irmão. Após o nascimento, ela esperava poder seguir contando com este apoio.

Mônica achava que ficaria mais responsável após o nascimento do bebê. Ela planejava começar a trabalhar e iria diminuir suas idas às festas. Ela achava que iria entender *"porque que a minha mãe sempre se preocupou tanto, minha mãe sempre botou filho em primeiro lugar, acho que agora eu vou aprender"*. Ela imaginava que seria uma mãe protetora e carinhosa. Mônica gostaria de seguir como modelo a sua própria mãe, pois *"ela criou nós dois [ela e irmão] sempre sozinha, mas a gente tem tudo o que precisa. Eu acho que ela foi uma mãe boa, assim, protegeu, deu carinho"*. Quanto ao seu pai, ela disse que ele *"nunca foi de dar muita bola"*. Porém, ele passou a dar mais atenção a ela depois que soube da gravidez: *"Foi que nem ele falou, que tudo que ele não fez por mim ele tava fazendo pro neto dele, dando as coisas, apoiando"*.

Considerando os aspectos acima, apesar de Mônica não ter planejado a gestação ela estava contente com a maternidade e se adaptando emocionalmente à vinda do bebê. A influência do HIV/Aids aparece bastante ao longo de suas falas, pois se preocupava com a

revelação do diagnóstico ao pai do bebê, estava insatisfeita com o uso das medicações na gestação e também se preocupava com os questionamentos sobre a não-amamentação após o parto. Apesar do descontentamento inicial de sua família quanto à gravidez, ela estava podendo contar com o seu apoio, o que a tranquilizava. Ela também estava vislumbrando mudanças em seu jeito de ser decorrentes da maternidade, ao mesmo tempo em que se espelhava em sua mãe como modelo a ser seguido.

Desenvolvimento do Bebê na Gestação

Mônica se mostrava interessada no desenvolvimento de seu bebê: *“O médico falou que ele tá bem, que isso e aquilo, que ele tava com 2,2 kg”*. Ela começou a sentir os movimentos fetais aos cinco meses de gravidez, e eles foram ficando cada vez mais intensos, principalmente à noite. Ela imaginava que seu bebê teria traços dela e do pai dele, e também achava que seria um bebê carinhoso e *“bem atencioso, porque toda a vez que a gente fala com ele, ele chuta”*.

Quanto à saúde de seu bebê, ela se preocupava com a possibilidade de que ele viesse a se infectar. Ela dizia que o bebê *“pode nascer com alguma coisa, e o que eu não queria para mim eu não quero para ele. (...) Eu não queria ver a criança sofrer como eu sofri”*. Afora o HIV/Aids, Mônica não mencionou maiores preocupações quanto à saúde e desenvolvimento do bebê.

É possível constatar que Mônica estava acompanhando o desenvolvimento de seu bebê e já atribuía características e expectativas quanto ao seu jeito e sua fisionomia. Novamente percebe-se a preocupação de que o HIV/Aids pudesse afetar o desenvolvimento de seu bebê.

Relacionamento Mãe-Bebê na Gestação

Mônica gostaria de ter um menino, pois sua mãe já tinha duas netas. Quando ela teve a confirmação de que esperava um menino, vibrou: *“Ah, eu fiquei feliz da vida. Queria ir correndo, sair correndo para a casa que eu queria contar para a minha mãe e para o pai dele”*. Ela escolheu o nome Igor, pois achava bonito e iniciava com a mesma letra dos nomes das sobrinhas.

Desde o início da gestação, ela seguiu corretamente o uso da medicação profilática, mesmo que essa lhe provocasse náuseas. No hospital ela havia conhecido algumas mães com HIV/Aids cujos bebês não haviam se infectado: *“Tudo isso foi me motivando a cada vez tomar mais ainda no horário certo, não deixar passar nada para não ter problema”*. Ela costumava tocar sua barriga para sentir o bebê se mexer, porém, falava pouco com ele: *“Quando é uma pessoa que tá grávida é mais fácil a gente chegar e falar, né, daí eu não sei comigo, fico meio assim de falar”*. Ela mencionou que falava mais com ele quando este se mexia. Mônica tinha expectativas positivas quanto ao relacionamento com seu bebê: *“Vai ser uma relação boa, eu quero tanto que ele nasça! Eu quero saber como ele é, eu quero pegar, eu quero ver, cuidar”*. Ela se

imaginava interagindo com seu bebê em alguns momentos: cuidando, dando banho, consolando-o, alimentando-o.

Sobre suas reações diante do diagnóstico do bebê, Mônica comentou: *“Se for negativo eu ia ficar feliz porque ia ver que tudo que eu fiz adiantou. Se for positivo eu ia me sentir culpada, de repente eu fiz alguma coisa errada, (...) como se eu não tivesse feito tudo para dar certo. Pra ele nascer bem, eu acho que depende só de mim”*. Ela também se preocupava com possíveis machucados nela ou no filho: *“Eu tenho medo de ficar machucada, né. Dizem que se eu ficar machucada, se me machucar, ou se ele se machucar, o machucado não pode ter aquele contato, né, sangue”*. Ela apresentava dúvidas e preocupações sobre a revelação do HIV/Aids ao filho no futuro: *“Será que um dia vou ter que contar para ele? Será que eu não vou ter que contar? Não sei. (...) Mas acho que, acho que depois, acho que ele vai ter que saber”*. Quanto à educação de seu filho, ela gostaria que ele fosse uma pessoa honesta, que tivesse bons amigos e que se cuidasse *“para não acontecer o que aconteceu comigo também”*.

Analisando conjuntamente as falas de Mônica, pode-se perceber que ela apresentava expectativas positivas quanto ao seu relacionamento com o filho, imaginando momentos de interação e cuidados. Embora não conversasse muito com seu bebê, ela tocava a própria barriga e ela já estava investindo-o afetivamente através da escolha do nome e da preocupação com os cuidados intra-útero. No entanto, a influência do HIV/Aids se mostrava presente através da culpa que antecipava diante de um diagnóstico positivo em seu bebê, da preocupação com machucados que pudesse ter, da dúvida sobre a revelação do seu diagnóstico ao filho e, também, do desejo de que ele não viesse a se infectar no futuro.

1.3. - Terceiro Mês de Vida do Bebê

Vivência da Maternidade no Primeiro Trimestre

Mônica relatou que tudo ocorreu bem com a cesariana: *“Foi legal, foi a maior sensação que eu já tive, foi superbom”*. Seu irmão a acompanhou durante o parto: *“Me senti mais segura, (...) quando ele apareceu eu senti que nada ia acontecer nem para mim nem para o bebê, pois ele estava ali comigo”*. Ela apenas comentou que se sentiu desconfortável em receber AZT na veia: *“Ai, fiquei meio assim porque tinha outras grávidas lá e eu cheia de soro. Eu pensava ‘o que elas devem estar pensando de eu estar tomando tanto soro assim?’”*. Ela também relatou algumas intercorrências em sua recuperação, pois teve pressão alta e hemorragia, e seus pontos infeccionaram. Por isso, precisou da ajuda de sua prima e de sua mãe nos cuidados do bebê durante este período.

Ela se mostrava feliz com a maternidade e ficou contente ao chegar em casa após a alta do hospital e ver o quarto do seu filho pronto, pois até o dia do nascimento os móveis que tinha comprado ainda não haviam chegado. Ela relatou algumas mudanças: *“Tive que amadurecer bastante, meu modo de pensar e agir em relação a tudo, mudou bastante coisa. (...) Eu penso que tenho que me cuidar, tenho que estar bem porque eu tenho ele para cuidar. Então agora, em primeiro lugar para mim é ele”*. Ela mencionou que estava gostando de ficar mais em casa, junto de seu filho e de sua mãe, mas também ficava um pouco chateada por ter reduzido o contato com suas amigas.

Mônica não estava sentindo maiores dificuldades com seu filho e se considerava uma mãe responsável, pois *“faço tudo por ele, botei ele em primeiro lugar”*. Ela achava seu jeito de cuidar parecido com o de sua mãe: *“É isso que eu também faço que nem ela, tô sempre arrumando ele, se tiver que dar dois banhos por dia eu dou para ele estar sempre cheirosinho”*. Sobre o fato de não ter amamentado, comentou: *“Quando eu tava grávida eu tava bem mais consciente de que não ia dar mamá, aí depois que ele nasceu, que eu vi outras pessoas amamentando eu fiquei meio chateada por não poder dar mamá a ele”*. Ela não gostava quando as pessoas perguntavam sobre o motivo da não-amamentação, como foi o caso das colegas de quarto no hospital, de amigos e do próprio pai do bebê, que no primeiro mês após o nascimento ainda não sabia da infecção. Ela também achava a mamadeira menos prática do que o peito, pois o peito *“é só chegar e dar”* e já, a mamadeira *“ele começa a berrar e quando vou fazer a mamadeira ele chora, aí tem que levantar da cama, buscar a mamadeira, depois tem que ir lá lavar, fica tudo mais difícil, mais demorado”*.

Mônica estava feliz com o apoio que estava recebendo do pai do bebê, bem maior do que na gestação. Ela disse que ele passou a dar mais apoio depois que ela contou a ele sobre o HIV/Aids no mês seguinte ao nascimento. Eles conversavam mais e ele acompanhava os exames do bebê e as consultas ao pediatra. Além disso, ele também estava ajudando com roupas e fraldas. Além dele, de sua mãe e de sua prima, ela também contava com o apoio de seu pai, do irmão e da cunhada. No entanto, ela mencionou chateação com a falta de apoio dos amigos, que se afastaram após o nascimento, já que ela decidiu que não sairia freqüentemente para ficar mais próxima do filho.

Considerando o exposto acima, percebe-se que Mônica estava satisfeita com a maternidade. Ela tinha vivenciado algumas perdas, pois teve que abrir mão de festas com suas amigas. No entanto, ela achava que isso era um sinal de amadurecimento e sentia-se mais responsável. Ela se considerava uma boa mãe e achava que seu jeito de cuidar era parecido com o de sua própria mãe. Ela também estava feliz com o apoio recebido de sua família e do pai do bebê. No entanto, ter o HIV/Aids lhe trazia a idéia de “ser diferente” das demais mães,

já que precisou realizar procedimentos diferenciados, como receber o AZT durante o trabalho de parto e amamentar com mamadeira ao invés do leite materno.

Desenvolvimento do Bebê no Primeiro Trimestre

Mônica considerava que Igor era parecido fisicamente com o pai e tinha o jeito de sua mãe que, segundo ela, estava sempre de bom humor. Ela descrevia seu filho como sendo “*risonho*” e “*supercalminho*”. Ela estava satisfeita com o seu crescimento e disse que ele havia se adaptado bem ao leite em pó e ao suco e que, em breve ele já ia começar a comer frutas. Seu filho já estava aumentando o tempo entre uma refeição e outra e estava ampliando seu repertório de comportamentos durante a alimentação: “*Se a gente fala, ele pára de mamar para olhar, mas antes ele mamava direto, nem dava bola. Agora ele pára um pouco, resmunga, aí continua mamando, brinca um pouco com o bico da mamadeira*”. Ela achava isso muito “*legal*”, pois considerava uma evolução. Ele também estava apresentando regularidades no sono durante o dia e à noite.

Segundo Mônica, Igor já conversava bastante: “*A gente fala com ele e ele conversa, ri bastante, dá uns gritinhos, (...) às vezes ele está choramingando e eu digo para ele não chorar e ele pára, fica me olhando e começa a rir*”. Ela também mencionou que seu filho estava apresentando mais força nas pernas e que já estava tentando agarrar as coisas a sua frente. Ela o considerava “*esperto para três meses*”, pois ele gostava de conversar, prestava atenção nos desenhos da TV e ficava atento quando ouvia música. Ela também mencionou que ele se agitava com barulho e que quando isto acontecia, ela procurava levá-lo a um lugar silencioso para acalmá-lo.

Mônica disse que o filho não teve maiores problemas de saúde, apenas um resfriado leve. Sua única preocupação era quanto ao diagnóstico dele, pois ela ainda aguardava os exames que dariam o resultado definitivo, o que ocorreria por volta do sexto mês de vida de seu bebê: “*Me explicaram que o primeiro resultado foi bom, que deu abaixo do nível de detecção, (...) mas ainda eu fico meio preocupada, ‘será que ainda pode dar alguma coisa?’, então eu queria que passasse rápido para ter esse resultado*”.

Considerando os relatos acima, percebe-se que Mônica estava contente com o jeito e o crescimento de seu filho. Ela reconhecia as suas diversas adaptações e também estava satisfeita com a aceitação dele ao leite industrializado. Ela considerava seu filho bastante interativo e que, aos poucos, estava aumentando seu repertório de comportamentos e respostas às diversas situações do dia-a-dia. Nos relatos acerca do desenvolvimento do filho, seguia a preocupação com a sua possível infecção, que só deixaria de existir quando fosse dado o resultado do seu diagnóstico definitivo.

Relacionamento Mãe-Bebê no Primeiro Trimestre

Logo que viu Igor, Mônica comentou: *“Me senti superbem, fiquei superfeliz,(...) gostei muito de estar com ele no meu colo, não queria deixar ninguém pegar depois”*. Ela estava feliz com o relacionamento entre ela e o filho e considerava tudo muito *“fácil”* com ele. Ela se encarregava dos cuidados de seu filho e de todas as atividades com ele. Dessas, a que ela mais gostava era de dar banho: *“Eu me sinto bem mãe. (...) É a hora que ele mais ri, que fica batendo as perninhas, eu converso com ele e ele resmunga bastante”*. Já a atividade que considerava mais difícil era o momento da medicação preventiva da pneumonia: *“Às vezes ele cospe, aí tem que segurar a boquinha dele para ele não cuspir. Eu tenho que ficar segurando ele, os bracinhos, a boca, ao mesmo tempo ele fica chorando, aí dá uma peninha, dá uma vontade de não dar, mas tem que dar”*. Quanto ao AZT xarope, Mônica relatou que ele *“tomava tudo, parecia mamadeira”*, mas que ela tinha dificuldades de dar o remédio quando o pai dele estava por perto, pois na época ele ainda não sabia do HIV/Aids e questionava sobre o motivo da medicação. Por conta disso, ela evitava dar o remédio na frente dele, o que por vezes fazia com que ela passasse do horário da medicação. Ela relatou, no entanto, que tudo isso passou após ter contado a ele sobre o HIV/Aids, no primeiro mês após o nascimento.

Mônica e seu filho passavam o dia sozinhos em casa. Durante este período olhavam TV, escutavam música, conversavam, brincavam, além de ela realizar as atividades de banho, troca de roupa e de fralda e os demais cuidados do bebê. Além disso, ela também arrumava a casa enquanto ele ficava junto dela. Ela considerava agradáveis os dias ao lado do filho, porque *“eu fico conversando bastante com ele, daí eu brinco, faço coisas novas, brincadeiras novas, aí vejo o jeito que ele reage, ele começa a rir”*. Igor dormia na cama de Mônica, mas ela já estava com planos de adaptá-lo ao berço. No entanto, ela dizia: *“Eu não consigo dormir se ele não tá do meu lado. Eu fico preocupada, não sei se ele tá dormindo bem no carrinho ou na caminha dele, então eu acabo colocando ele do meu lado para eu também dormir”*.

Ela conversava bastante com o filho e dizia que ele já a conhecia, pois se ele escutava sua voz *“ele já vira direto e começa a rir, já conhece a voz”*. Ela achava que conseguia identificar as necessidades dele e que ele se expressava através do sorriso, de resmungos, do choro e de movimentos com as mãos. Segundo Mônica, *“alguma coisa, quando não é boa ele chora. Quando ele está com sono ele também chora, fica coçando o olhinho. Quando ele está com fome ele mete as duas mãozinhas na boca, fica tremelicando, então já tem como saber o que é”*. Ela também conseguia identificar diferentes tipos de choro nele: *“Quando é manha ele fica choramingando, quando ele está com fome ele chora bem forte, ou quando ele se assusta o choro dele é bem forte,*

como se fosse uns gritos". Nestes casos ela consolava seu filho abraçando-o e passando a mão em seu rosto.

Mônica relatou que logo após o nascimento ela se preocupava em transmitir o vírus ao filho por conta do contato de machucados que pudesse vir a ter. Porém, este seu medo foi passando, já que percebeu que isso não aconteceria se tomasse os devidos cuidados. Ela demonstrava preocupações com os momentos de afastamento do filho, pois temia que as outras pessoas não fossem cuidar bem dele. Nas vezes em que isto aconteceu, ela disse que ficava ligando para "*saber se ele havia chorado, mamado, trocado fraldas*". Eventualmente ela deixava-o com o pai, na casa da família dele, e referiu que quando isso acontecia seu filho voltava "*estranho*", pois ficava mais choroso. Ela achava que isso ocorria porque ele havia "*sentido saudade*" dela.

Analisando-os conjuntamente as falas de Mônica sobre o relacionamento com seu filho, pode-se constatar sua satisfação com esta relação e com as diversas atividades exercidas junto a ele. Ela gostava de realizar sozinha todos os cuidados dele e dizia se divertir com as reações de seu filho durante os momentos de interação. Mônica também conseguia entender as necessidades dele, as quais prontamente buscava atender. Porém ela tinha a preocupação de que ele não fosse bem cuidado nos momentos em que precisasse ficar afastada dele. A influência do HIV/Aids é percebida na insatisfação com a administração do remédio do filho, já que por vezes, ele rejeitava o mesmo. Além disso, algumas vezes ela optou por atrasar os remédios dele para evitar que fosse questionada sobre o motivo da medicação.

1.4 – Mudanças da Gestação ao Terceiro Mês do Bebê

A vivência da maternidade de Mônica foi marcada por uma forte ambivalência inicial. Ela ficou feliz por esperar um bebê e por perceber que podia engravidar sem necessariamente infectar seu parceiro. Por outro lado, também ficou angustiada por ter sido uma gravidez não planejada de um relacionamento breve, por não ter revelado o HIV/Aids ao pai do bebê e por temer que seu filho pudesse ter o vírus. Neste sentido, a ambivalência inerente à gestação (Maldonado, 1994) se tornou mais intensa com a presença do HIV/Aids.

Essa sobreposição de questões próprias do processo de transição para a maternidade e de aspectos inerentes ao HIV/Aids foi um traço marcante na vivência da maternidade de Mônica. Durante a gestação, ela tinha preocupações quanto ao parto e ansiedade frente às mudanças em sua vida, já que previa mais responsabilidades, diferentemente de seu estilo de vida anterior, marcado por festas e bastante tempo com as amigas. Junto a essas preocupações, ela também precisava lidar com a insatisfação com o uso dos remédios para a

profilaxia e com a ansiedade esperada diante dos questionamentos sobre o motivo de não amamentar.

Mônica sentia a falta de apoio do pai do bebê na gestação, porém ela também não solicitava seu apoio e, ao contrário, procurava mantê-lo distante por temer que ele viesse a descobrir que ela tinha o HIV/Aids. Em razão disso se sentia sozinha, embora ela própria se colocasse nesta posição de isolamento. Essa sensação de solidão e isolamento é freqüentemente mencionada por indivíduos portadores de HIV/Aids e é uma forma de lidar com o preconceito e o estigma que acompanham a epidemia (Pacheco, 2006). Pode-se supor também que o medo de Mônica frente à reação do pai do bebê estivesse agravado pelo fato de ele ter ficado exposto ao vírus enquanto mantiveram relação sexual, sem que ele soubesse da infecção. Para lidar com suas ansiedades, parece que ela se aproximou mais de sua mãe, que além de apoio também oferecia a ela um modelo de identificação positivo. Para ela, sua mãe era uma pessoa carinhosa e protetora com os filhos, apesar de criá-los sozinha. Nesse aspecto Mônica também se identificava com a mãe, pois não esperava contar com o apoio do pai do bebê.

O terceiro mês de vida do filho foi marcado por mudanças. Ela contou ao pai do bebê sobre a infecção e, assim, conseguiu incluí-lo na relação com seu filho. Com isso ela também parece ter se diferenciado da mãe, uma vez que não precisaria mais criar o filho sozinha. No entanto, Mônica ainda identificava-se com ela no modo de cuidar e de proteger seu bebê. Essas mudanças a deixaram mais tranqüila para aproveitar a maternidade, que lhe trazia satisfação e fazia sentir-se mais madura diante de seu novo papel. Ela também estava deixando de lado sua posição adolescente, pois deixara de freqüentar festas e de estar sempre com suas amigas para ficar mais próxima de seu filho. Assim, ela estava ocupando o seu lugar como mãe. Embora relatasse certa tristeza com essas mudanças, a satisfação com a maternidade parecia prevalecer. Esses movimentos representavam mudanças que Mônica vivenciava em sua identidade, pois estava assumindo novos papéis e alterando seus investimentos emocionais. Tais mudanças fazem parte do que Stern (1997) chamou de *constelação da maternidade*. A infecção pelo HIV/Aids também acompanhava estas mudanças e, apesar das preocupações de Mônica com o vírus ficarem menos evidentes do que na gestação, ela sentia-se diferente das demais mães em razão de precisar realizar procedimentos distintos, como receber o AZT durante o parto e alimentar seu filho com mamadeira.

Em relação ao desenvolvimento de Igor, desde a gestação ele apresentava um crescimento adequado e isto se manteve durante os três primeiros meses de vida. No período intra-uterino, Mônica já atribuía características ao seu bebê, imaginando-o carinhoso. No

terceiro mês de vida do filho ela se mostrava feliz por constatar que o filho era calmo e bem humorado. Ela também estava feliz com as aquisições dele, com sua aceitação ao leite industrializado e seu sono tranquilo. Ele havia aumentado seu repertório de comportamentos, que incluía risadas, resmungos, maior movimentação das pernas e tentativas de agarrar objetos com as mãos. Em relação à saúde do filho, durante a gestação a única preocupação mencionada por Mônica era quanto ao seu diagnóstico, e tal preocupação permanecia no terceiro mês, mesmo diante do resultado negativo de seu primeiro exame e de ele não ter apresentado maiores problemas de saúde.

Quanto ao relacionamento entre Mônica e seu filho, desde a gestação ela já apresentava indícios de que este seria positivo, pois se sentia realizada por saber que teria um menino e já interagia com o feto tocando em sua barriga. Na época ela buscava proteger seu bebê, seguindo corretamente a medicação e aguardava ansiosa a hora do nascimento para conhecer o filho e concretizar esta relação. Segundo Brazelton e Cramer (1992), a gestação visa a preparar a mulher para a chegada do bebê e a forma como esta se desenvolve, bem como as expectativas e os sentimentos maternos em relação ao filho podem influenciar o relacionamento posterior entre a mãe e o bebê. Assim, constata-se que o afeto demonstrado por Mônica desde o período intra-uterino já oferecia um importante componente à relação mãe-bebê após o nascimento.

Essas expectativas se concretizaram no primeiro trimestre de vida do filho, pois Mônica referia contentamento desde o momento em que o viu. Ela realizava todas as atividades de cuidados e também interagia com seu filho através de conversas e brincadeiras. Ela admirava as reações dele, em especial seu sorriso e sua atenção, que a estimulavam a engajar-se ainda mais nos momentos de interação. Ela sabia identificar as suas necessidades, as quais buscava prontamente atender. Segundo ela, a única atividade que não gostava de fazer com ele era dar a medicação, pois ele cuspiava e chorava, o que a deixava triste, embora não deixasse de realizar este cuidado. Nestas situações ela parecia se identificar com o desconforto do filho, já que ela mesma tivera dificuldades em usar a medicação na gestação. Ainda sobre a medicação do bebê, Mônica relatou que teve algumas dificuldades de seguir corretamente o horário do remédio no primeiro mês, quando o pai de seu filho estava por perto. Isso porque ele ainda não sabia sobre a infecção e perguntava o motivo do remédio, situações em que ela mentia para não revelar o diagnóstico. Esta situação corrobora os achados de Rigoni et al. (*in press*), que ressaltaram o medo diante da revelação do diagnóstico como um dos grandes obstáculos à correta administração da medicação do bebê. Felizmente, isso mudou após ela ter revelado sobre o HIV/Aids ao pai de seu filho, pois já não precisava mais esconder o remédio ou atrasar o horário da medicação quando ele estivesse presente.

Outra preocupação mencionada por Mônica referia-se aos momentos em que ficava afastada do filho. Ela tinha medo de que ele não fosse receber os devidos cuidados quando ia visitar o pai, mas também temia ficar longe dele em situações do dia-a-dia, como é o caso da hora de ir dormir, pois achava que ele poderia passar mal e ela não perceber. A este respeito, Gonçalves (2007) já havia constatado preocupações intensas frente a situações de afastamento dos filhos em mães portadoras de HIV/Aids. Parece difícil dimensionar se as preocupações de Mônica são aquelas inerentes à maternidade ou se são potencializadas pelo HIV/Aids, porém é plausível pensar que o contexto de vulnerabilidade oferecido pela infecção e os cuidados diferenciados que a mãe deve realizar desde a gestação possam estar intensificando tais preocupações. No entanto, aos três meses do filho, Mônica já não sentia a preocupação com a possibilidade de transmitir o vírus a ele através de machucados que pudesse ter. É possível que a sua familiaridade com a rotina de cuidados tenha feito sentir-se mais segura no contato diário com o filho, sentindo maior controle sobre esta situação.

De uma forma geral, a relação de Mônica e Igor foi se constituindo desde a gestação e se mostrou positiva aos três meses de vida dele. Percebe-se que mesmo diante da forte ambivalência inicial, prevaleceu nela a satisfação com a maternidade e com o novo papel que assumiria. Por outro lado, a concretização das expectativas positivas quanto ao jeito de seu filho e o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis envolviam Mônica e lhe estimulavam para as interações e os cuidados com o filho. No entanto, a influência do HIV/Aids se mostrou presente em diversos aspectos, como a incerteza diante do diagnóstico do filho e o sentimento de estigmatização por ter o HIV/Aids. Da mesma forma também estiveram presentes preocupações intensas frente a momentos de separação do filho, sentimentos de solidão e o temor frente à revelação do diagnóstico ao pai dele, além de insatisfações com a administração da medicação do bebê. No entanto, frente a essas dificuldades prevaleceu em Mônica a atenção e o afeto com o seu filho, além de sua realização com a maternidade e com o relacionamento estabelecido com ele. Pode-se pensar que alguns aspectos contribuíram para esta situação, entre eles o apoio que Mônica recebeu de sua família e, posteriormente, do pai de seu filho, além da identificação positiva com sua mãe, principalmente quanto ao jeito de cuidar o bebê. Cabe ressaltar ainda a importância da ausência de sintomas físicos da infecção pelo HIV/Aids em Mônica e em seu filho e o seu acesso ao tratamento profilático da transmissão materno-infantil.

Caso 3: Mãe – Valquíria; Bebê - Maria Carolina

1.1 - Caracterização do Caso e História da Infecção

Valquíria é uma jovem de 19 anos, grávida de seu primeiro bebê, fruto da relação com seu marido, um rapaz de 21 anos. Ela completou o segundo grau e não trabalhava, e seu marido estudou até a quarta série do primeiro grau e era pedreiro. Os dois moravam juntos há dois anos e eram naturais de uma cidade distante aproximadamente 300 km de Porto Alegre, onde residiam em uma casa de quatro peças, nos fundos da casa da mãe de Valquíria. Porém, por conta da gravidez, Valquíria estava residindo na casa de uma tia em Porto Alegre, pois realizava o pré-natal nesta cidade em razão do hospital ter mais recursos, além do que sua cidade era pequena e temia que as pessoas pudessem descobrir sobre o HIV/Aids. Valquíria tinha dois irmãos mais velhos, casados e já com filhos. Embora seu marido trabalhasse, Valquíria também recebia ajuda financeira de sua mãe, que era secretária em um consultório médico. Seus pais se separaram ainda quando sua mãe engravidara. O pai tinha outra família e teve pouco contato com Valquíria. Ela pouco sabia dele, apenas mencionou que quando menor sua mãe entrou na justiça com pedido de pensão, mas que mesmo assim ele não pagava.

Ela soube do HIV/Aids quando completou 18 anos e fez uma doação de sangue. Na época, se desesperou e contou apenas a sua mãe. Depois disso, ela tentou “*esquecer*” que tinha o vírus e não buscou acompanhamento médico. Ela só voltou a prestar atenção ao HIV/Aids na gestação, quando fez o exame e constatou novamente a infecção. Mais uma vez ela se desesperou, mas foi se tranquilizando à medida que recebia informações. Ela contou sobre o HIV/Aids ao seu marido e sua tia no início da gestação, mas referiu que seu marido não quis realizar o exame anti-HIV, já que ele achava que também tinha o vírus.

1.2 - Gestação

Vivência da Maternidade na Gestação

Embora não tivesse planejado a gravidez, Valquíria ficou feliz com a notícia de que seria mãe. Ela refere ter engravidado “*na troca de comprimidos*”. Sua maior preocupação, no entanto veio quando se deparou novamente com o resultado do exame anti-HIV: “*Fiquei de novo desesperada*”. Por conta disso, no início da gestação “*não conseguia dormir, ficava nervosa, sempre chorando*”. Isso porque ela imaginava que a criança necessariamente teria o vírus, idéia que foi mudando à medida que recebia mais informações. Valquíria estava bem de saúde e satisfeita com o pré-natal em Porto Alegre. Ela alegava às outras pessoas que o bebê estava enrolado no cordão umbilical e por isso teve que buscar um hospital com mais recursos.

Valquíria sentia-se bem com as mudanças em seu corpo e ficava “*faceira*” quando as pessoas elogiavam sua barriga. Ela preocupava-se com o parto, “*se vai correr tudo bem, se vai*

ser cesariana ou normal”. Valquíria parecia tranqüila com o fato de não poder amamentar e se alguém perguntasse sobre o motivo do bebê não mamar no peito, ela planejava dizer que era por causa de um remédio que ela estava tomando para o *“problema do cordão umbilical”*.

Ela comentou que sua família estava muito feliz com a gravidez, principalmente seu marido. Ele lhe dava bastante apoio e preocupava-se com ela: *“Ele fica preocupado se eu já tomei o remédio, se estou comendo as coisas certas, (...) chega na hora do remédio ele corre para pegar um leite”*. Ela também contava com o apoio de sua mãe e imaginava que ela a auxiliaria nos cuidados com o bebê. Valquíria planejava ficar o primeiro mês após o parto em Porto Alegre na casa da tia, para ficar mais perto dos médicos caso precisasse.

Ela imaginava que após o nascimento do bebê teria mais responsabilidades e precisaria abrir mão de programas que gostava, como jogar futebol. Valquíria achava que seria *“uma boa mãe”*, mas também acreditava que no início ficaria um pouco assustada, pensando *“será que eu vou conseguir?”*. Por isso, achava que no início dependeria mais da sua mãe, observaria o seu jeito de cuidar para depois fazer o mesmo. Sua mãe era o modelo que gostaria de seguir: *“ela faz de tudo para a gente ficar bem, prefere ficar sem nada se a gente tá passando por uma necessidade, ela tá sempre dizendo o que é certo e o que é errado”*. Sobre o relacionamento com seus pais, ela refere que a mãe foi *“seu pai e sua mãe”*, já que estes se separaram quando a mãe ainda estava grávida. Por causa disso, sua mãe sempre trabalhou muito: *“A única coisa que eu não vou fazer é ficar me matando de trabalhar para mim poder ficar mais presente com a criança, no mais vou seguir o exemplo dela”*. Valquíria era muito apegada a sua mãe e se considerava *“mimada”* por ela, pois era a única filha mulher. Quanto ao seu pai, ela não tinha muito contato, pois ele constituiu outra família. Sobre isso, ela disse que seria muito diferente dele, pois jamais ficaria longe de um filho como ele fez.

Considerando-se a vivência da maternidade de Valquíria durante o período da gestação é possível constatar que a influência do HIV/Aids mobilizou mais ansiedade no início, quando se deparou mais uma vez com o diagnóstico. No entanto, sua angústia foi cedendo à medida que obtinha informações sobre a infecção, que realizava um pré-natal em um serviço especializado e que podia contar com o apoio de sua família, principalmente de sua mãe e de seu marido. Para evitar que o diagnóstico de HIV/Aids fosse revelado, planejava respostas para justificar o motivo de fazer o pré-natal em Porto Alegre e, também para explicar o motivo de não amamentar ao seio. Apesar de achar que seria uma boa mãe, Valquíria demonstrava preocupações com o parto e sentia-se insegura nos cuidados iniciais com o bebê.

Desenvolvimento do Bebê na Gestação

Ela começou a sentir os primeiros movimentos fetais antes do quinto mês de gravidez e percebia que esses eram mais intensos à noite, quando ela deitava. Ela também identificava outros momentos em que sua filha se mexia: *“Eu já notei que quando eu estou com fome ela fica bem agitada, agitada mesmo, eu estou até adorando isto!”*.

Valquíria imaginava que sua filha seria parecida com ela, *“um pouquinho com o olho puxado, moreninha e cabelinho lisinho assim, crespinho nas pontas”*. Ela também imaginava que sua filha seria *“tinhosinha”* e agitada, pois ela se mexia muito. Além disso, achava que ela seria ciumenta, porque *“toda vez que eu pego uma criança [no colo] ela fica bem agitada”*. Valquíria tinha preocupações de que sua filha *“não fosse bem formadinha”*, porém estas eram mais intensas no início da gestação e foram diminuindo à medida que foi constatando seu crescimento. Ela mencionou sobre a possibilidade de sua filha vir a se infectar, mas pareceu estar mais tranqüila em relação a isso em razão de estar tomando corretamente a medicação.

Considerando os relatos de Valquíria sobre o desenvolvimento da filha, ela apresentava diversas expectativas sobre como seria sua aparência e seu jeito, baseando-se em seus desejos e nos movimentos do bebê. Apesar de ter apresentado inicialmente preocupações com o desenvolvimento e a possível infecção da filha, no momento ela se mostrava tranqüila quanto a estes aspectos.

Relacionamento Mãe-Bebê na Gestação

Valquíria imaginava que teria uma menina e quando soube que este era o sexo do bebê, ficou muito feliz e logo passou a chamá-la pelo nome que escolheu: Carolina. Durante a gravidez, resolveu acrescentar Maria ao nome da filha, como uma promessa pedindo que sua filha nascesse bem. Valquíria tomava diversos cuidados visando a sua saúde e a de Maria Carolina. Ela procurava tomar o remédio no horário certo e também estava se cuidando para não ficar gripada, já que era inverno. Ela também tentava não ficar triste, *“tento cada vez mais me colocar lá em cima para não prejudicar ela”*.

Valquíria conversava com sua filha e tinha uma expectativa positiva para o relacionamento delas após o nascimento. Ela queria ser uma mãe *“bem próxima da filha”*. Valquíria disse que se sua filha viesse a ter o HIV/Aids, ela teria o mesmo carinho por ela, mas ficaria atenta para que ela tomasse os remédios corretamente. Ela chegou a mencionar que estava *“tentando se acostumar”* com essa possibilidade, para não sofrer muito depois. Caso sua filha tivesse um diagnóstico negativo, ela ficaria feliz e iria cuidar mais de sua própria saúde.

Ela se imaginava cuidando da filha e dizia que estaria sempre de prontidão para atendê-la. Ela já pensava na alimentação, em seguir horários mais fixos para evitar que a filha fosse uma criança “*obesa*”. Valquíria também queria impor limites diante das recusas de sua filha, seja para comer, dormir, ou se chorar: “*A gente bota de castigo, a criança vê que não é daquele jeito, então daí acaba fazendo as coisas certas se a gente acostumar desde pequeno*”. Ela também queria acostumar sua filha a ficar com os outros desde pequena, pois temia que precisasse se afastar em algum momento em função do HIV/Aids. No entanto, ela só a deixaria “*sozinha em caso muito urgente, e não é com qualquer um*”. Valquíria planejava trabalhar, mas antes pretendia ficar bastante tempo com a filha para poder educá-la. Ela queria que sua filha aprendesse a repartir suas coisas e também não queria “*ficar passando a mão por cima*” quando soubesse que ela estava errada.

Considerando-se os aspectos acima, constata-se que Valquíria apresentava expectativas positivas quanto ao relacionamento com a filha desde a gestação. Ela se preocupava com a saúde dela e tomava diversos cuidados visando o seu bem-estar. A infecção pelo HIV/Aids parecia integrada à sua rotina de relacionamentos com a filha, principalmente quando ela mencionava que gostaria de preparar a filha para os momentos de afastamento, considerando a possibilidade de ter que se afastar em decorrência da doença.

1.3 – Terceiro Mês de Vida do Bebê

Vivência da Maternidade no Primeiro Trimestre

Valquíria teve parto normal e disse que tudo correu bem: “*Eu pensei que ia ser bem difícil, mas não*”. Em relação ao AZT que recebeu na hora do parto, ela achou “*normal, como se eu tivesse tomado soro*”. O seu marido assistiu ao parto, o que a deixou mais segura. Ela estava feliz com a experiência da maternidade e referiu que no início foi um pouco mais difícil, pois “*não sabia nada e tudo dependia dos outros*”, mas que aos poucos isso foi mudando. Durante a recuperação no hospital precisou ficar sozinha, o que a deixou inicialmente preocupada, mas que no fim gostou, pois foi se “*soltando com a criança, (...) aprendendo as coisas devagarinho*”. Ela achava que tinha amadurecido bastante após o nascimento de sua filha, já que antes se considerava muito dependente de sua mãe e que pensava sempre “*em sair e se divertir*”. Após o nascimento, ela procurava não pensar muito que tinha o HIV/Aids, “*porque se a gente fica pensando, pensando, a gente vai se sentindo mal, a gente vai ficando doente*”.

Ela se considerava uma “*boa mãe*”, mas não “*totalmente perfeita, porque agora eu tenho que trabalhar*”. Ela disse que estava sendo “*mãe e pai dela*”, pois seu marido havia ficado trabalhando em Porto Alegre e ela retornou para o interior. Ela também dizia que estava se

“*espelhando*” em sua mãe, já que ela criara os filhos sozinha. No primeiro mês após o nascimento, ela e o marido ficaram em Porto Alegre, na casa da tia dela. Neste período ele “*ajudou um monte*”, principalmente nos cuidados com a filha. Depois ela decidiu voltar para sua cidade, pois tinha sua casa lá e também não queria ficar longe de sua mãe. Distante, ele ajudava comprando coisas para a filha e enviando dinheiro. Além do marido, ela também contava com o apoio de sua mãe e da tia nos cuidados do bebê. Quanto ao fato de não estar amamentando, Valquíria relatou que no início se sentia mal quando as pessoas questionavam sobre o motivo, mas que depois já dizia que “*o leite secou*”, e assim deixou de se incomodar com isso. Ela achava, no entanto, que dar o peito seria mais prático, já que não precisaria levar mamadeira pronta toda a vez que fosse sair com a filha.

Analisando-se conjuntamente os relatos de Valquíria, ela demonstrava satisfação com a experiência de maternidade e, apesar da insegurança inicial, achava que cuidava bem de sua filha. Embora procurasse esquecer que tinha o HIV/Aids, logo após o nascimento ela ainda ficava desconfortável com os questionamentos sobre o fato de não estar amamentando. Ela sentia-se apoiada pela sua mãe e contou inicialmente com o apoio do marido, mas em razão de estarem em cidades distantes, assumia sozinha os cuidados da filha. Para isso, inspirava-se em sua mãe, que também criara os filhos sozinha.

Desenvolvimento do Bebê no Primeiro Trimestre

Segundo Valquíria, sua filha era fisicamente parecida com o pai: “*Ela não tem nada parecida comigo*”. Quanto ao jeito, Valquíria a descrevia como uma “*criança quietinha, dada*” e alegre, pois ela ria para todo mundo. Ela também considerava sua filha “*tinhasinha*”, pois gostava de mexer em tudo, além de “*exigente*”, pois se estava com fome precisava ser atendida rapidamente.

Valquíria relatou que a filha apresentava um crescimento normal. Ela disse que a filha não havia gostado do leite em pó e, por isso, ela estava lhe dando leite de caixinha com aveia. Porém, a médica havia lhe receitado vitaminas e ferro, já que o leite de caixinha não tinha os mesmos nutrientes que o leite em pó especial para bebês. A filha mamava de três em três horas, mas à noite era necessário aumentar o espaço entre as mamadas. Ela dormia bem à noite e acordava apenas para o mamá. Maria Carolina aceitou bem o AZT xarope e a medicação para a prevenção da pneumonia. Valquíria estava feliz com o desenvolvimento da filha, “*porque cada dia ela vai fazendo alguma coisinha diferente*”. Ela achava que a filha era capaz de entendê-la: “*Quando ela chora demais, eu digo ‘pára, Maria Carolina, o que é isso?’, ela fica quietinha*”. Maria Carolina já conseguia se agarrar nas pessoas quando estava no colo e tentava pegar os brinquedos. Ela também estava na fase de “*colocar os dedos na boca*”.

Quanto à saúde, Valquíria relatou que a filha nasceu bem e que não teve maiores problemas de saúde, exceto cólicas. Quanto ao HIV/Aids, embora acreditasse que sua filha não seria infectada pelo vírus, Valquíria ficava um pouco ansiosa para ter logo o resultado final que seria obtido por volta do sexto mês de vida da filha.

A partir dos dados acima, é possível constatar que Maria Carolina estava se desenvolvendo bem e apresentando diversas aquisições. Valquíria já conseguia identificar o jeito de sua filha através das suas reações. Apesar de a filha não ter se adaptado ao leite em pó especial para bebês, ela aceitara o leite de caixinha e também estava adaptada à medicação. Apesar de a filha não ter apresentado maiores problemas de saúde, Valquíria ainda se preocupava com o seu diagnóstico e aguardava ansiosa o resultado definitivo.

Relacionamento Mãe-Bebê no Primeiro Trimestre

Valquíria estava feliz com seu relacionamento com a filha e considerava fácil lidar com ela no dia-a-dia. Ela realizava todos os cuidados com sua filha, apesar de no primeiro mês ter delegado à tia algumas tarefas em razão de sentir-se insegura: *“Chegava na hora do banho, minha tia dava. Assim, depois, né, parei e pensei, (...) se eu fizer tudo devagarinho, não vai machucar ela, daí eu peguei e fui. Agora, tem que fazer isso, faço isso”*.

Valquíria relatou que gostava de todas as atividades com a filha. Ela mencionou desconforto apenas quando ia dar a medicação à filha e alguém lhe questionava o motivo do remédio, ocasiões em que ela dizia ser um complemento em razão dela não estar mamando no peito. Valquíria passava o dia em casa junto à filha e, enquanto ela dormia, procurava fazer as atividades domésticas. No momento em que a filha acordava, Valquíria ia ficar com ela: *“Se tiver para fazer alguma coisa [da casa], que fique [para traz] né, eu vou cuidar dela”*. Ela gostava de passear e assistir TV com a filha, pois dizia que ela gostava de *“olhar movimento e da cor vermelha”*. Valquíria gostava de ver a filha sempre limpa e cheirosa, e geralmente lhe dava dois banhos por dia. Ela também trocava as fraldas sempre que a filha fazia xixi, pois temia que ela ficasse com assaduras.

Valquíria, no entanto, ainda apresentava alguns medos no dia-a-dia com a filha. Ela tinha medo que sua filha ficasse com o rosto no travesseiro e *“se asfixiasse”*, mesmo vendo que ela já conseguia se virar sozinha. Ela também ficava com medo quando a filha mamava e dormia, pois temia que ela regurgitasse e se sufocasse com o leite: *“Daí eu coloco ela de ladinho, mas eu tenho medo, porque ela se vira, então daí fico ali até... pra ver se ela dormiu mesmo”*. Ela consolava a filha atendendo suas necessidades, conversando, brincando ou passeando. Ela gostava de brincar com a filha e elas usavam brinquedos, gestos e risadas.

Ela conversava bastante com a filha, que lhe respondia rindo, o que a deixava feliz. Ela achava fácil de entendê-la, pois se ela chorava era porque estava com fome ou com alguma dor. No mais, ela era “*quietinha*”. Ela dizia também que quando a filha estava com fome “*chupa o bico muito forte, começa a resmungar*”, e quando ela estava com sono, ela ficava “*com o olhinho paradinho, muito quietinha*”. Valquíria considerava mais difícil entender quando sua filha estava com dor, pois às vezes demorava a identificar o que estaria doendo.

Valquíria estava planejando colocar sua filha em uma creche quando completasse cinco meses para que pudesse procurar algum trabalho. No entanto, ela estava preocupada em encontrar um lugar “*que tratem ela bem, que tenham carinho por ela*”. No dia-a-dia, ela também se preocupava com possíveis machucados que viesse a ter: “*Qualquer machucadinho que seja, um arranhãozinho que seja, mesmo que não saia sangue, eu vou lá, já boto uma coisinha [curativo]*”.

Ela ficava chateada em precisar “*mentir*” sobre o HIV/Aids, mas fazia isso pensando no bem-estar de sua filha: “*Eu prefiro, para não dar o preconceito para ela, então eu prefiro mentir agora para depois ela não sofrer*”. Outra preocupação que ela tinha era quanto à educação da filha, pois não queria que ela fosse “*mimada*”. Ela achava que sua família mimava muito a filha e sua mãe a tratava diferente dos outros netos. Ela dizia que a filha percebia isso, pois “*a minha mãe fala diferente com ela, ela já chora, faz beijo, eu disse para ela, ela tá bem dengosa*”. Quanto a isso, complementava: “*Eu vou ter que ter um braço firme*”.

Considerando os dados acima, percebe-se que Valquíria estava feliz com o relacionamento com sua filha e contente com todas as atividades que faziam juntas. Apesar de ter tido um período inicial de insegurança, ela havia assumido os cuidados da filha e ficava satisfeita com as diversas reações dela. Ela apresentava algumas preocupações quanto às situações de afastamento e educação da filha. A infecção pelo HIV/Aids se mostrava presente quando Valquíria referia preocupações com machucados e, principalmente com o preconceito que sua filha pudesse sofrer em razão da mãe ser soropositiva.

1.4 – Mudanças da Gestação ao Terceiro Mês de Vida do Bebê

A vivência da maternidade de Valquíria foi marcada pela reaproximação com sua infecção pelo HIV/Aids, causando-lhe inicialmente desespero e ansiedade. Embora já soubesse que tinha o vírus antes da gravidez, negava sua infecção: não pensava no diagnóstico, não contara ao marido e nem fazia acompanhamento médico. Com a gravidez, esta negação não pôde mais se manter, já que estava em jogo a possibilidade de transmissão do vírus ao bebê, o que exigiu o uso preventivo de anti-retrovirais. Assim, a gravidez fez com que sentisse mais uma vez o impacto do diagnóstico e todas as reações de tristeza e ansiedade

mobilizadas pela notícia, reaproximando-a de sua condição de soropositividade (Carvalho & Piccinini, 2006).

Aos poucos esse impacto foi sendo amenizado e Valquíria passou a ter mais contato com as questões próprias da maternidade, demonstrando alegria com a gestação, sempre acompanhada pelas expectativas positivas de seu marido e de sua família. Ela tinha medo do parto e esperava maior amadurecimento no papel materno, já que se considerava muito dependente de sua mãe. Assim, percebe-se que a maternidade mobilizava em Valquíria sentimentos anteriores a sua própria gestação, em especial os referentes ao relacionamento com sua própria mãe (Bydlowski, 2002; Szejer & Stewart, 1997).

Apesar de achar que seria uma boa mãe na gestação, Valquíria se mostrava insegura com os cuidados do bebê. Ela esperava que inicialmente sua mãe assumisse os cuidados do bebê e, só depois, ela própria assumiria, postura essa que ressaltava sua dependência da figura materna. O desejo de amadurecimento e de maior autonomia com a maternidade entrava em conflito com sua postura dependente, e se refletia em uma identificação ambivalente com sua própria mãe. Assim, ela esperava cuidar de sua filha da mesma forma que sua mãe cuidara dela, mas também desejava ser mais presente do que sua mãe foi.

A insegurança temida por Valquíria manifestou-se durante o primeiro mês após o nascimento da filha, quando delegou à tia e a sua mãe os cuidados com o bebê. Aos poucos, o contato com seu bebê e o desejo de maior independência moveram Valquíria a assumir os cuidados da filha, o que a fez sentir-se mais madura, embora ainda demonstrasse dependência ao optar por distanciar-se de seu marido e ficar próxima a sua mãe, apresentando certa dificuldade na transição do papel de filha para o de mãe. Tudo isso também fazia aumentar sua identificação com a mãe, pois ao distanciar-se do marido não poderia contar com a ajuda dele nos cuidados diários e teria que assumir inteiramente a filha, sendo *pai e mãe dela* assim como sua mãe o foi. Além disso, apesar de criticar a ausência da mãe em decorrência do trabalho, ela própria planejava trabalhar quando a filha completasse cinco meses. E, ainda assim, mostrava-se confusa ao dizer que desejava ser uma mãe bastante presente e ficar bastante tempo com sua filha. Estes aspectos demonstram que Valquíria, mesmo estando feliz com a maternidade, ainda apresentava algumas dificuldades em reorganizar sua identidade (Stern, 1997) e assumir de forma efetiva o novo papel de mãe.

Diante de todas estas questões da maternidade, também estavam presentes as preocupações com o HIV/Aids, principalmente o medo de sofrer preconceito (Siegel & Leks, 2002). Por conta disso, mudou sua rotina e preferiu realizar o pré-natal em outra cidade, onde seguiu acompanhamento médico após o nascimento do bebê. Na gestação já antecipava o desconforto que sentiria após o nascimento, quando as pessoas questionariam o motivo de não

amamentar. Apesar de temer o preconceito, contava com o apoio do marido, da mãe e da tia para superar estas preocupações.

No que se refere ao desenvolvimento da filha, percebe-se que apesar de ela ser fisicamente diferente do que Valquíria havia imaginado na gestação, seu jeito pareceu corresponder às suas expectativas. Ela mostrava-se feliz com a filha, demonstrando que a sua adaptação ao bebê real (Lebovici, 1988) ocorreu de forma tranqüila. As preocupações com possíveis malformações e com a infecção do bebê, que se mostravam mais intensas no início da gestação, pareceram diminuir no final da gravidez em razão do crescimento adequado do bebê e do uso da medicação profilática do HIV/Aids. No terceiro mês, Valquíria considerava sua filha uma criança saudável, que crescia adequadamente e que não havia apresentado maiores problemas de saúde. Apesar de não ter aceitado o leite em pó especial para bebês, a filha estava se alimentando adequadamente com leite de caixinha e vitaminas complementares. Ela havia aceitado a medicação, dormia bem e se alimentava em horários regulares, embora o tempo entre as refeições estivesse aumentando gradativamente. Ela também estava ganhando mais força nas mãos e já tentava agarrar objetos, o que são características que correspondem àquelas esperadas para a idade de Maria Carolina (Mäntymaa, 2006). Valquíria, no entanto, tinha sentimentos ambivalentes diante da possível infecção da filha, pois enquanto se mostrava ansiosa com o resultado do diagnóstico, também se dizia tranqüila por acreditar que a filha não teria o vírus.

O relacionamento de Valquíria com a filha era cercado de afeto desde a gestação. Isso podia ser observado na satisfação de ter uma menina, na expectativa de um relacionamento positivo e próximo de sua filha e nos diversos cuidados com sua saúde visando protegê-la. Ela desejava educar a filha com limites para que Maria Carolina não fosse protegida e mimada como ela própria havia sido pela sua mãe. Assim, Valquíria parecia estar revivendo constantemente a relação com sua mãe, tomando seu modelo de criação como uma referência para que pudesse fazer diferente. No terceiro mês, porém, Valquíria seguia preocupada a este respeito, pois via que sua família e principalmente sua mãe mimavam Maria Carolina. Assim, ela parecia não conseguir impor sua autonomia materna diante de sua própria mãe no que diz respeito à educação da filha.

No terceiro mês de Maria Carolina, Valquíria se mostrava feliz com seu relacionamento com a filha, apesar da insegurança inicial que a fazia delegar os cuidados à tia. Isso foi mudando à medida que ela convivia com a filha e, ao terceiro mês era quem fazia todas as atividades com ela. Percebe-se que gradativamente ela e a filha iam se conhecendo e estabelecendo padrões de interação com base na identificação cada vez melhor das necessidades da filha, assim como aprendia a como atendê-las (Bydlowski & Golse, 2002).

Após o período de insegurança inicial, Valquíria pôde conhecer melhor sua filha, a ponto de considerar fácil lidar com ela no dia-a-dia. Ela gostava de todas as atividades que faziam juntas e era cuidadosa com ela, além do que gostava de todas as atividades nas quais sua filha parecia feliz. Ela conversava bastante com a filha, que lhe respondia com grandes sorrisos, e sabia identificar as suas diversas expressões e necessidades, buscando atendê-las sempre que possível. Embora mais segura com os cuidados da filha e percebendo o seu desenvolvimento, no terceiro mês Valquíria ainda mencionava preocupações com algumas situações do dia-a-dia, como por exemplo que sua filha pudesse se asfixiar no travesseiro. O medo de que alguma coisa pudesse acontecer a sua filha podia sinalizar, em meio à rotina de relacionamentos com a filha, um pouco da fragilidade ainda sentida por Valquíria no papel materno.

Algumas expectativas da gestação de Valquíria sobre o seu relacionamento com a filha eram motivadas pelo HIV/Aids. A própria escolha do nome Maria adicionado ao Carolina, representou uma forma de usar a sua fé para pedir proteção à filha diante da possibilidade de transmissão do vírus. Ela também esperava acostumar sua filha à companhia de outras pessoas, pois imaginava que poderia precisar se afastar em algum momento devido à infecção. No terceiro mês a influência do HIV/Aids parecia menor, e foi citada apenas nos momentos em que Valquíria tinha que dar o remédio à filha e alguém lhe perguntava do que se tratava o medicamento. Suas justificativas eram uma forma de manter o segredo sobre o HIV/Aids e evitar o preconceito.

Analisando-se conjuntamente os aspectos destacados acima, pode-se constatar que o relacionamento entre Valquíria e a filha era repleto de afetos e cuidados por parte da mãe. A gestação sem intercorrências, o desenvolvimento saudável e a satisfação com o jeito da filha tranquilizavam Valquíria e tornavam fácil, estimulante e satisfatório seu relacionamento com ela. Porém, a dependência de sua figura materna e as dificuldades em assumir efetivamente seu papel de mãe pareceram ter colaborado para sua insegurança no primeiro mês com a filha, delegando seus cuidados. A insegurança quanto a sua autonomia também lhe causavam preocupações quanto à educação de sua filha, pois ao mesmo tempo em que desejava impor limites, permitia uma proteção excessiva por parte de sua família, principalmente de sua mãe. No entanto, parece que Valquíria ainda estava vivendo intensamente a transição ao papel materno e, cada vez mais parecia deparar-se com sua dependência e questioná-la, o que a fazia se voltar para os cuidados da filha e assumi-la, mesmo que algumas preocupações quanto a sua autonomia e algumas inseguranças ainda permanecessem.

As questões referentes à reorganização de sua identidade materna pareciam influenciar mais o relacionamento com a filha do que aquelas referentes à infecção pelo HIV/Aids,

embora estes aspectos também se mostrassem presentes. A principal preocupação demonstrada por Valquíria referia-se ao medo do preconceito que ela ou a filha poderiam sofrer ao ser revelada a soropositividade. Por isso precisava mentir para justificar a realização do tratamento em Porto Alegre, a não-amamentação e o motivo pelo qual a filha tomava remédio. Mentir começou a lhe incomodar e sentia o peso de ter de manter um segredo que constantemente era denunciado em seu dia-a-dia por conta da maternidade. Apesar do HIV/Aids ainda lhe trazer preocupações, aceitá-lo lhe possibilitou voltar-se ao próprio cuidado e ao de sua filha, formalizando uma nova maneira de conviver com sua infecção e incorporando-a realisticamente ao cotidiano de relacionamentos com sua filha. Alguns fatores como o apoio do marido, da mãe e da tia, assim como a ausência de sintomas da doença e o acesso a informações sobre a infecção e a transmissão materno-infantil mostraram-se importantes neste processo de aceitação e convivência com a infecção.

Caso 4: Mãe - Regina; Bebê - Paulo

1.1 - Caracterização do Caso e História da Infecção

Regina era uma jovem de 19 anos, casada com seu marido há dois anos, um homem de 32 anos. Ela estudou até a sétima série e não estava trabalhando. Seu marido terminou o ensino médio e trabalhava como auxiliar de cozinha em um restaurante de Porto Alegre. Ambos moravam em uma casa de cinco peças na zona norte da cidade. Dois meses antes da gestação, Regina sofrera um aborto espontâneo quando estava no primeiro trimestre. Logo engravidou novamente e tudo parecia estar transcorrendo bem. Ela foi criada pelos avós maternos, mas seu avô já havia falecido. Sua avó era costureira, área em que ela própria também já havia trabalhado anteriormente. Ela conheceu sua mãe e tinha dois irmãos por parte dela, com os quais se dava bem. Ela não conheceu o pai, já falecido. Regina também tinha um bom contato com a família do marido, em particular com sua mãe e sua irmã.

Ela sabia do HIV/Aids havia um ano e meio, quando realizou a testagem ao descobrir que um ex-namorado havia falecido de Aids. Ela contou ao seu marido, que fez o exame e o resultado foi negativo. Desde então ela fazia acompanhamento médico e ainda não precisava tomar medicação. Apenas ela e o marido sabiam do HIV/Aids. Ela optou por não contar para a avó em razão de já ser idosa e temer que ficasse doente. Também não quis contar para outras pessoas por medo do preconceito: *“Eu ficava com medo que alguém descobrisse e nunca mais falasse comigo, nunca mais me olhasse, me apontasse na rua”*. Saber do diagnóstico lhe causou muita tristeza, mas com o apoio de seu marido, este impacto inicial foi amenizado.

1.2 - Gestação

Vivência da Maternidade na Gestação

Embora não tivesse relatado como ocorreu, Regina mencionou que não queria engravidar “*por causa da doença*”, pois temia que o HIV/Aids afetasse a criança e que outras pessoas descobrissem sobre o vírus. Saber que estava grávida “*foi complicado*”, mas aos poucos foi esclarecendo as dúvidas e ficando mais tranqüila. Regina engravidou um mês depois de ter realizado uma curetagem em razão do aborto que sofrera e só teve a confirmação da gestação quando estava no quinto mês, quando percebeu que seu corpo estava mudando. Até então, ela achava que o atraso menstrual era decorrente do aborto que sofrera. Como soube tardiamente da gestação, ficou assustada: “*Será que ele não vai ser contaminado igual? Será que esses cinco meses...vai dar tempo para ele não pegar a doença e tudo isso?*”.

Logo que soube iniciou o acompanhamento pré-natal e, embora sua saúde estivesse boa, ela precisou ficar um tempo em repouso em razão de dores na barriga e um sangramento que poderiam sinalizar uma nova ameaça de aborto. Quando seu marido trabalhava, ela ficava na casa da avó, que era próxima a sua. No sexto mês de gestação ela ainda não apresentava uma barriga saliente, o que a fazia sentir-se estranha: “*Eu fico olhando essas mulheres, tudo com dois, três meses, uns baita barrigão e eu fico olhando para a minha. (...) Então eu me sinto meio estranha, as mulheres com uns baita barrigão e eu não tenho nada, nada*”. Ela também ficava desconfortável com a quantidade de medicamentos anti-retrovirais que precisava tomar, que totalizava 12 comprimidos por dia. Ela preocupava-se com a alimentação do bebê, se este se adaptaria à mamadeira e que resposta daria às pessoas que perguntassem sobre o motivo de ele não receber o leite materno. Ela ainda acrescentava: “*Toda a mãe sonha sair da sala de recuperação, pegar o filho e amamentar, a primeira amamentação*”.

Apesar dessas preocupações, Regina mostrava-se feliz com a gravidez. Desde o início ela teve o apoio do marido, que também estava feliz com a notícia. Ele a acompanhava nas consultas e buscava informações sobre gestação e o HIV/Aids. Além disso, ele a incentivava a manter uma alimentação mais saudável e oferecia apoio emocional. A família de seu marido e a dela também estavam felizes com a gestação e ajudavam-na a organizar os preparativos para a chegada do bebê.

Regina imaginava que seria uma “*mãe chata*”, referindo-se a sua exigência: “*Eu sou muito assim, horário para dormir, horário para acordar, não tem que comer besteira fora do horário*”. Ela sentia-se um pouco insegura nos cuidados: “*Será que eu vou saber cuidar, que eu vou ser uma mãe legal, (...) eu tenho um medo de derrubar [o bebê]*”. Ela pretendia não “*mimar*” muito o bebê, pois ela própria foi muito mimada pela avó: “*Eu tinha muita regalia, podia fazer*

tudo que ninguém xingava”. Apesar disso, ela sempre tivera um bom relacionamento com os avós. Regina conhecia sua mãe, mas não teve muito contato com ela, pois foi entregue à avó logo após o nascimento: *“Ou ela me dava para alguém, ou ela terminaria o casamento, e ela escolheu não terminar o casamento”*. Isso porque Regina era filha de um outro relacionamento que sua mãe tivera.

Analisando-se conjuntamente os relatos acima, a vivência da maternidade de Regina apresentava satisfações, mas também muitas preocupações. Embora estivesse feliz com a gestação e com o apoio recebido, a gravidez não planejada e descoberta tardiamente após um aborto lhe preocupava muito. A necessidade de repouso e a barriga não saliente angustiavam Regina e somavam-se a isso as diversas ansiedades relacionadas ao HIV/Aids, tais como a possível infecção do bebê, o uso de medicação e a não-amamentação do filho.

Desenvolvimento do Bebê na Gestação

Regina estava preocupada com o desenvolvimento de seu bebê em razão de ter sofrido ameaça de aborto logo que soube da gestação, aos cinco meses. Ela achava que a ameaça de aborto foi devido ao esforço físico que teve no início da gestação. Ela disse que sempre gostou de caminhar e que nos primeiros meses de gravidez caminhava bastante, pois ainda não sabia que esperava um bebê. Embora a ultra-sonografia indicasse que seu bebê estava bem, ela se preocupava com o seu crescimento, pois *“eu não tenho barriga nenhuma”*. Devido a essas preocupações, Regina procurava o hospital sempre que sentia alguma dor ou apresentasse dúvidas.

Ela começou a sentir os movimentos fetais aos quatro meses, mas como não sabia que estava grávida e nunca sentira movimentos fetais antes, ela achava que era fome, embora reconhecesse que era uma sensação diferente de tudo que já tivera. Depois que soube da gravidez, gostava de sentir seu bebê se mexer e já conseguia identificar uma rotina de movimentos: *“Eu me acordo às nove horas, daí começa a se mexer, aí fica até meio dia, depois descansa um pouquinho, sempre quando eu chego perto de alguma comida, algum salgado, já começa a se mexer, é a coisa mais engraçada, mas é bom”*. Regina disse que quando os movimentos não seguiam esta rotina ela já ficava preocupada.

Ela imaginava que seu filho seria parecido com o marido, no entanto, não conseguia imaginar como seria o jeito de seu bebê. Quanto à saúde do bebê, Regina preocupava-se com a possível transmissão do HIV/Aids, *“O meu maior medo é o efeito dos remédios, eu fico preocupada, será que esses comprimidos estão certos? Será que não vai faltar?”*; e com a nutrição do bebê, *“Será que esse leite sustenta mesmo?”*.

A partir do que foi exposto acima, percebe-se que Regina apresentava diversas preocupações quanto ao desenvolvimento do bebê, que eram decorrentes da ameaça de aborto que sofrera e também da infecção pelo HIV/Aids. As únicas satisfações que mencionava relacionavam-se aos movimentos fetais, que pareciam sinalizar a ela que seu bebê estava bem.

Relacionamento Mãe-Bebê na Gestação

Regina não sabia se esperava um menino ou uma menina: *“Não deu para ver porque estava com as pernas fechadas”*. Porém, ela gostaria que fosse um menino, já que em sua casa e na do marido *“é só guria”*. Ela também achava que seria mais fácil criar um menino, pois menina tem *“mais preocupação”*. Ela havia inclusive escolhido o nome, Paulo, pois considerava *“um nome bonito, forte”* e seu marido concordava com sua escolha.

Regina preocupava-se em seguir à risca o uso dos anti-retrovirais, mas temia que eles não tivessem efeito em razão de ter iniciado o uso no quinto mês de gestação. Ela também seguia as recomendações médicas de não ficar sozinha devido a sua pressão baixa e a ter que manter repouso sempre que possível. Regina conversava bastante com seu bebê e preocupava-se em explicar que ele iria tomar mamadeira. Ela acreditava que ele a entendia, *“porque é sempre assim, quando a minha barriga está dolorida, quando ele está se virando demais, a gente conversa e volta ao normal, ele fica quietinho”*. Ela achava que o relacionamento com seu bebê seria muito bom e pretendia *“curtir bastante”* o/a filho/a, deixando de sair ou de fazer outras programações que gostasse se fosse necessário. Ela estava ansiosa para conhecer seu bebê, porém mencionava algumas preocupações que pudessem surgir no dia-a-dia com ele/a. Ela preocupava-se com a alimentação do bebê, se ele sentiria fome, já que não receberia o leite materno. Ela também se preocupava com a medicação do/a filho/a, pois achava que seria sofrido para uma criança tomar remédios desde cedo: *“Imagina, vai ter que tomar quatro remédios, imagina uma criança que vai tomando remédio nem sabendo o porquê, tudo minha culpa”*.

Ela imaginava que ficaria insegura se seu filho tivesse o HIV/Aids: *“Será que eu vou saber cuidar? Será que eu vou saber dar os remédios direitinho?”*. Regina achava que, neste caso, seria muito difícil a rotina de não amamentar, tomar remédios e ter que levar o filho seguidamente ao médico. No entanto, se ele tivesse um diagnóstico negativo, ela *“iria adorar, vou ver que valeu a pena mesmo, sabe, tomar os remédios, tudo”*.

Regina tinha insegurança nas atividades diárias com o bebê, por exemplo, ela temia que ele chorasse à noite e ela não fosse acordar. Ela também não conseguia se imaginar lidando com possíveis recusas do bebê, como é o caso de ele não querer dormir, chorar, entre outras situações. Para o futuro, ela esperava que o/a filho/a fosse feliz e dizia que ele/a teria tudo que estivesse ao alcance dela dar. Ela pretendia ensiná-lo/a a identificar o *“lado certo e o*

lado errado” das coisas, e não gostaria que ele/a viesse a se infectar com o HIV/Aids no futuro.

A partir dos relatos acima é possível constatar que, junto às expectativas positivas de Regina quanto ao seu relacionamento com o bebê havia grandes preocupações decorrentes de sua infecção pelo HIV/Aids e de sua insegurança quanto aos cuidados maternos. Percebe-se que nas próprias interações de Regina com seu bebê estava presente a temática do HIV/Aids, já que ela se preocupava em explicar ao/a filho/a que ele/a não receberia a mamadeira. Também é possível perceber que Regina sentia-se culpada pela infecção e pela demora em iniciar o uso de anti-retrovirais. No entanto, é importante ressaltar que tamanha ansiedade não a impedia de realizar os cuidados necessários na gestação e de seguir as recomendações médicas.

1.3 – Terceiro Mês de Vida do Bebê

Vivência da Maternidade no Primeiro Trimestre

Regina fez uma cesariana, pois seu exame de carga viral não havia ficado pronto até o momento do parto. Embora os seus exames anteriores indicassem ser possível parto normal devido a sua baixa carga viral, a cesariana foi uma precaução para proteger o bebê da infecção. Ela havia sido alertada pelo seu médico desta possibilidade de parto e, por isso, ficou tranqüila quanto ao procedimento. Ela considerou seu parto bom e não referiu constrangimentos quanto ao uso do AZT. Ela inclusive contou que se tratava de um procedimento devido ao HIV/Aids às demais mães do centro obstétrico que lhe indagavam sobre a medicação. Apesar de não ter tido problemas em revelar o HIV/Aids a pessoas que não conhecia, ela estava com medo de que seus familiares soubessem da infecção no hospital enquanto aguardavam o parto. Ela pediu à equipe que não deixasse sua família entrar na sala de pré-parto, apenas o marido. Naquele dia ele estava trabalhando no litoral e, logo que soube que seu bebê iria nascer, veio a Porto Alegre. Assim que chegou ao hospital, o parto iniciou e ele acompanhou e apoiou a esposa durante o procedimento. Ela relatou a emoção ao ver seu filho, um menino, pela primeira vez: *“Não tem como explicar, não teve coisa melhor”*.

Regina disse que a experiência de ser mãe estava *“sendo ótima”*. No início ela se questionava se saberia cuidar ou fazer as tarefas com seu bebê, mas referiu que estava *“se surpreendendo”* e se considerava uma boa mãe: *“Eu pensei que não daria conta, mas não é um bicho de sete cabeças”*. Apesar disso, ela citava frequentemente a frustração por não ter amamentado: *“Todas as mães querem proteger o filho, amamentar. Já tendo o HIV é totalmente ao contrário, tem que dar mamadeira”*. Sobre isso, ela ainda comentou: *“Se um dia inventarem a*

cura, a primeira coisa que eu vou pensar é em ter um filho, só para amamentar". Ela também considerava a mamadeira menos prática que o peito em termos de preparo, além do que se incomodava com as pessoas lhe perguntando sobre o porquê de não dar o peito ao bebê. Nestes casos, ela respondia que não podia amamentar porque estava com anemia. Apesar de ter tomado remédio para inibir a lactação, ela seguia produzindo leite. Ela alegava que o leite "vazava" e que precisava tirá-lo, mas ao fazer isso também estimulava sua produção.

Ela sentia-se apoiada por seu marido, apesar do horário de trabalho dele não permitir que ajudasse muito nos cuidados com o filho. Em função da demanda no serviço, ele estava trabalhando durante o dia e eventualmente na madrugada. Para evitar que Regina ficasse sozinha com o bebê, o casal combinou que ela ficaria na casa de sua avó até que o horário dele se normalizasse. Ela contava com o apoio da avó e da irmã, além do apoio da sogra e da cunhada para o que precisasse com o bebê.

A partir dos relatos de Regina constata-se sua felicidade com a maternidade e com o seu desempenho nas atividades de cuidados do seu filho. Ela também se mostrava satisfeita com o apoio recebido. No entanto, ela demonstrava várias ansiedades que se concentravam no fato de não poder amamentar, demonstrando a relevância deste procedimento preventivo no seu processo de maternidade.

Desenvolvimento do Bebê no Primeiro Trimestre

Segundo Regina, o filho era parecido com seu marido, *"inclusive as mesmas pintinhas ele tem"*. Já o jeito do filho era mais parecido com o dela, pois o considerava brabo e exigente, já que sempre tinha que ser atendido rapidamente. Ela estava feliz com o jeito dele, pois apesar de ser um bebê mais exigente, também era calmo e carinhoso: *"Ele está sempre colocando a mão no teu rosto"*. Além disso, considerava-o alegre como o pai, mas agitado como ela. Ela disse que seu filho *"não gosta de ficar no silêncio"* e que para dormir precisava ter gente conversando perto, som ou a TV ligada.

Paulo apresentou um bom crescimento desde que nasceu, mas estava aumentando de peso muito rapidamente: *"Ele está usando roupa de oito meses por causa das coxas e por causa dos braços, nada entra"*. Regina ficou chateada porque seu bebê rejeitou algumas marcas de leite e comentava: *"Se eu pudesse amamentar, nada disso teria acontecido, eu acho que ele não vai rejeitar o peito"*. Ela testou seis tipos de leite até conseguir acertar algum que ele gostasse, pois antes *"nem chupar ele queria chupar"*. Ela comentou que o filho sempre precisava tomar uma medida de leite acima do recomendado pelos médicos para se satisfazer. Ele havia começado a comer papinhas por recomendação da nutricionista para poder se sustentar mais. Além de papinha de frutas, ele comia de cenoura, de abóbora, de moranga, de frango, entre outros. Apesar de ter

estranhado no início, seu filho estava bem adaptado a esses novos alimentos. Regina mencionou que, por recomendação da nutricionista, era para dar papinha em colher, para que ele pudesse ir se acostumando ao movimento. Porém, ela dava na mamadeira porque o filho “*cansava*” menos e conseguia comer mais.

Regina comentou que o filho já estava com as gengivas inchadas, sinalizando que seus dentinhos estariam para nascer. Por isso, a nutricionista recomendou que ela massageasse a gengiva dele, o que ele adorava: “*Ele fica bem paradinho, até terminar*”. Regina procurava manter a alimentação do filho em horários fixos, embora reparasse que ele estava aumentando o tempo entre uma refeição e outra. Ela disse que se ele estivesse dormindo, ela dava a comida mesmo assim. Quanto ao sono, ela mencionou que ele conseguia dormir sozinho, desde que sentisse o cheiro dela: “*Acho que é o cheiro do leite, ele dorme cheirando*”. Ela também estava acostumando ele a dormir “*com claridade*”, pois seu marido não dormia no escuro. Regina emocionava-se com as novas aquisições do filho: “*Tudo que ele faz de novo, que ele nunca fez, eu choro*”. Ela disse que ele já conseguia se virar na cama quando era deitado de lado e que também colocava a mão na boca, cuspiam o bico e fazia “*bolinhas com a saliva*”. Ela referiu que ele estava sempre sorrindo e já balbuciava sons. Ele estava adquirindo mais força nas pernas e nos braços e, embora ainda não conseguisse agarrar objetos, ele já estava tentando tirar o bico da boca com a mão.

Em relação à saúde do filho, Regina mencionou que ele teve bronquiolite, passou por uma internação breve e também precisou ficar três semanas em observação. Ele havia se recuperado bem, mas por ser inverno ela evitava sair de casa com ele. Por conta de ter ficado doente, ele ficou fraco e desenvolveu anemia. Para sanar o problema, ela estava dando a ele sulfato ferroso e acompanhando a sua alimentação com uma nutricionista. Regina demonstrava preocupação com o diagnóstico do bebê e aguardava com ansiedade o segundo resultado do exame, embora o resultado definitivo só fosse ser revelado por volta dos seis meses de seu bebê. No entanto, ela acreditava que seu filho não teria o HIV/Aids já que o resultado do primeiro exame foi negativo: “*Eu penso assim, se desse alguma coisa já teria dado no primeiro. Pode ser o contrário, mas eu acho que não, agora não*”.

Tomando-se conjuntamente os relatos de Regina sobre o desenvolvimento do filho, ela estava feliz com as suas aquisições e o seu desenvolvimento. Ela atribuía diversas características ao jeito do filho, considerava-o exigente e voraz com a alimentação e, por conta disso, estava engordando bastante. Ele havia tido bronquiolite e anemia, precisando ficar hospitalizado. Mesmo tendo estes problemas de saúde e ainda não tendo o resultado definitivo do diagnóstico do filho, Regina dizia acreditar que ele não teria o HIV/Aids.

Relacionamento Mãe-Bebê no Primeiro Trimestre

O início do relacionamento entre Regina e Paulo foi marcado pela insegurança da mãe. Ela não sabia o que fazer quando seu filho chorava. Ela também se preocupava enquanto ele dormia: *“O máximo que eu deixava dormir era uma hora e olhe lá, sempre escutando o coraçãozinho dele”*. Porém ela disse que essa insegurança inicial passou e estava achando fácil o relacionamento e os cuidados com o filho. De todas as atividades que faziam juntos, a que ela mais gostava era dar banho, pois *“eu começo a brincar com ele, ele tá sempre se abrindo, já tá querendo bater os pezinhos”*. Ela também gostava de dar papinhas ao filho, embora no início ele tenha estranhado este novo alimento. Já o que ela menos gostava de fazer com o filho era dar os remédios do tratamento profilático: *“O sulfato ferroso eu tenho que dar, mas é por causa da anemia, (...) eu até entendo, mas os outros não, eu já não quero entender, eu já finjo que é só vitamina”*. Ela achava difícil para uma criança ter que tomar o remédio e relatou que o filho não gostava da medicação, *“ele cospe tudo”*, e ela precisava distraí-lo a cada vez que iria dar o remédio.

Regina e o filho passavam o dia em um quarto na casa da avó dela. Ela evitava circular pela casa porque tinha muito pó, pois seu tio trabalhava no local *“cortando madeira”*. Durante o dia, ela arrumava o quarto e as roupas do filho enquanto ele dormia. Quando ele acordava, ela ficava junto dele fazendo as atividades de cuidados, conversando, vendo TV ou brincando. Ela gostava muito de brincar com seu filho e eles usavam brinquedos, mamadeira, mordedor ou as próprias mãos durante as brincadeiras. Regina disse que durante as brincadeiras ele ria bastante e que ela tinha *“vontade de chorar de alegria”*, além do que *“enchia ele de beijos”*. Ela achava que o brincar fazia bem a ele e, por isso, brincava a todo o momento que ele demonstrava querer.

Ela conversava bastante com o filho e gostava de explicar a ele quando precisava sair ou ficar um pouco mais distante dele. Ela acreditava que *“incentivando ele, não puxando muito, né, mas incentivando, ele vai começar a conversar muito rápido”*. Ela achava que ele a entendia porque ele respondia com *“gargalhadas”*, e se ele era xingado, chorava e ficava brabo. Pensando nisso, ela e o marido procuravam não comentar sobre o HIV/Aids na frente do filho: *“Conversa de adulto é conversa de adulto, de criança é outra coisa”*.

Segundo Regina, Paulo se expressava através do olhar, do sorriso, do choro, de balbucios e de resmungos. Ela considerava que o mais fácil de entender no filho era quando ele olhava para alguma coisa, pois aí ela já sabia o que ele queria. Por outro lado, o mais difícil era quando ele tinha alguma dor, pois demorava a identificar o que doía. Ela identificava dois tipos de choro nele. O primeiro era sem lágrimas e significava uma *“manha”*, quando ele queria atenção ou *“pegar alguma coisa”*. O segundo choro era com

lágrimas e contínuo, que significava dor. Ela também identificava quando ele estava com sono, pois ficava resmungando. Em todas estas situações ela procurava atender à necessidade dele acalmando-o, conversando ou pegando-o no colo. Ela dizia que ele se acalmava em seu colo porque sentia o cheiro do leite materno. Regina preocupava-se com os momentos em que precisava se afastar dele, pois temia que fosse acontecer algum problema com ele, ou que ele não fosse ser bem cuidado. Por isso, sempre que possível saía de casa levando ele consigo.

Considerando-se os dados quanto ao relacionamento de Regina com seu filho, constata-se que ela estava feliz com esta relação, com os cuidados que desempenhava e com os diversos momentos em que passavam juntos. Ela vibrava com as reações dele e achava que compreendia as suas necessidades e o que ele queria expressar. De todas as situações que vivenciavam, Regina apenas demonstrava insatisfação com o horário da medicação do bebê e com os momentos em que precisava afastar-se dele.

1.4 – Mudanças da Gestação ao Terceiro Mês de Vida do Bebê

Regina dizia que não queria engravidar devido a suas preocupações com o HIV/Aids, porém o fato de engravidar duas vezes em um curto espaço de tempo pode denunciar um desejo inconsciente de gravidez (Brazelton & Cramer, 1992). A descoberta tardia da gravidez intensificou suas preocupações de que o bebê pudesse ter sido infectado pelo vírus nestes primeiros meses em que não fizera o tratamento profilático da transmissão materno-infantil. Assim, o momento que seguiu à notícia da gravidez foi difícil para ela, mas o apoio de seu marido e de sua família possibilitou que aos poucos pudesse se tranquilizar e se sentir feliz com a gestação. Em meio a sua felicidade, Regina também manifestava uma insegurança ao se imaginar cuidando de seu bebê. Ela imaginava-se uma mãe exigente, que impusesse limites, diferente do jeito superprotetor de sua avó. Apesar de suas expectativas futuras, a vivência da maternidade na gestação era sentida diferente daquilo que sonhara, pois sua barriga não era saliente, sentia-se desconfortável com a quantidade de anti-retrovirais que estava usando e não poderia realizar o seu sonho de amamentar, o que lhe trazia também preocupações com a adaptação do bebê à mamadeira e com os questionamentos sobre o motivo de não dar o peito ao bebê. A infecção pelo HIV/Aids agrega à maternidade sentimentos próprios da convivência com o vírus que tornam este momento mais difícil para as gestantes portadoras de HIV/Aids (Carvalho & Piccinini, 2006), o que também estava sendo evidenciado em Regina através de suas preocupações e frustrações.

A influência do HIV/Aids sobre o processo de maternidade de Regina era nítida no terceiro mês de vida do bebê, principalmente diante de sua frustração por não amamentar.

Embora mencionasse fatores negativos como a menor praticidade da mamadeira e o medo de que outras pessoas pudessem descobrir o sobre o HIV/Aids, era evidente que sua tristeza maior se dava pela frustração de não realizar uma tarefa que, para ela, tinha um significado muito especial, em particular o de proteger seu bebê. A esse respeito, Barbosa (2001) havia mencionado que a forte associação entre maternidade e amamentação, ao não se concretizar no contexto do HIV/Aids, faz com que a mulher sinta que esteja falhando enquanto mãe. Parece que isto estava muito presente em Regida, o que provocou intensa frustração. Diante disso pode-se entender que o fato de ela seguir tendo muito leite, talvez até decorrente da estimulação que fazia, revelava suas dificuldades de realizar o luto pela maternidade que idealizava. No entanto, em meio a essas frustrações ela também se mostrava feliz com a maternidade e, melhor do que esperava, conseguia realizar os cuidados do bebê com segurança, diferente do que havia imaginado.

Sobre o desenvolvimento de seu bebê, desde a gestação Regina se mostrava atenta ao crescimento de seu bebê e atribuía diferentes estados a ele através dos movimentos fetais. Isso demonstrava que ela estava oferecendo mais identidade ao seu bebê, percebendo-o de forma mais individualizada e autônoma, o que é comumente encontrado em qualquer gestante (Piccinini et al., 2004). Além disso, os movimentos fetais também certificavam Regina quanto à integridade física de seu bebê diante das diversas preocupações que ela demonstrava em relação a sua saúde. Apesar de preocupações quanto à saúde do bebê estarem presentes na maioria das gestações (Maldonado, 1994), em Regina elas pareciam intensificadas pelo aborto que sofrera, pela ameaça de um novo aborto nesta gestação e pelo início tardio dos anti-retrovirais. Além disso, a barriga pequena lhe deixava dúvidas quanto ao desenvolvimento do filho, embora exames de ultra-sonografia identificassem que ele estava bem. Ela também projetava preocupações com a saúde dele para depois da gestação, pois temia que o leite industrializado não suprisse as suas necessidades nutricionais.

Essas preocupações com a nutrição do bebê seguiram durante o primeiro trimestre após o nascimento. Ela considerava seu filho voraz e exigente com a comida e, para que ele pudesse se satisfazer, ela dava uma dose acima da recomendada pelos médicos. Além disso, precisou trocar seis vezes de leite até ele se adaptar a algum deles. Assim que começou a comer papinhas, Regina as dava em mamadeira para ele poder comer mais, não seguindo o recomendado pela nutricionista. Possivelmente seu filho fosse mesmo um bebê mais voraz e exigente. No entanto, as preocupações de Regina com a sua nutrição, desde a gestação, já pareciam antecipar dificuldades. Assim, é difícil não pensar que a frustração com a impossibilidade de amamentar e a preocupação com a nutrição do filho possam ter intensificado em Regina a percepção destas dificuldades na alimentação de seu bebê. Assim,

alimentá-lo com uma quantidade acima do recomendado pelos médicos pode ser uma forma de garantir a ela própria que seu filho estaria se nutrindo bem. Da mesma forma, a rejeição dele ao leite industrializado também pode demonstrar a própria intolerância da mãe a este leite, de forma que ela se frustre rapidamente com as recusas de seu filho e logo ofereça outro tipo de leite para tentar agradá-lo.

Aos três meses é esperado que o bebê já consiga espaçar mais o horário entre uma refeição e outra (Brazelton, 2002) e Paulo já fazia isso quando estava dormindo. No entanto, a ansiedade de Regina com a sua alimentação não dava espaço para que ele pudesse se valer deste maior espaço de tempo, já que ela procurava manter sempre os mesmos horários de alimentação, oferecendo o leite inclusive enquanto estivesse dormindo. Isso parece sinalizar que a ansiedade da mãe dificultava sua sensibilidade a essa necessidade de seu bebê, já que sua preocupação quanto à nutrição do filho não deixava espaço para que ele desfrutasse desta nova aquisição. Diante de tudo isso, não seria surpresa constatar que seu filho estava engordando muito, o que fez com que Regina procurasse orientação alimentar.

Em meio a essas preocupações, ela também demonstrava diversas satisfações com o desenvolvimento do filho. Regina estava feliz com o jeito dele e reconhecia seu desenvolvimento. Ela se emocionava com as diversas habilidades do filho, pois ele já fazia “*bolinhas*” com a boca, virava-se na cama, apresentava maior movimentação dos braços, mãos e pernas, balbuciava, apresentava sinais do crescimento dos dentes, entre outros. Porém, em alguns aspectos ela parecia interpretar erroneamente as aquisições de seu filho. Ela dizia que ele adorava barulho e que só conseguia dormir em ambientes barulhentos. Nestes casos, dormir pode também ser uma forma de Paulo se retirar de uma situação excessiva para sua capacidade, como é o caso de ambientes “*barulhentos*”. Regina parecia não ver dessa forma e dizia que precisava fazer barulho para ele dormir. Além disso, ela estava acostumando seu bebê a dormir com claridade, já que seu marido não dormia no escuro. Isto evidencia um movimento de adaptação do bebê às necessidades adultas, e não uma identificação e adaptação mútua. Essas interpretações e condutas de Regina parecem demonstrar certa falta de sensibilidade ao filho, e é possível que gerassem uma hiper-estimulação sobre o bebê. Quanto à saúde de Paulo, ele teve bronquiolite no segundo mês de vida e, por conta disso, precisou ficar hospitalizado. Os cuidados e a atenção de Regina às recomendações médicas fizeram com que o problema fosse sanado. Mesmo assim ela preocupava-se em proteger o filho do frio a fim e evitar uma recaída. Já quanto ao HIV/Aids, apesar de dizer que estava na expectativa pelo diagnóstico, mostrava-se mais confiante quanto a um resultado negativo, pois este fora o que apareceu em seu primeiro exame.

No que se refere ao relacionamento de Regina e seu filho, a alegria de saber que teria um menino trouxe satisfações. Desde a gestação ela imaginava que seria mãe de um menino, que a relação deles seria positiva e, por isso, seguia todos os cuidados necessários para protegê-lo. Ela conversava bastante com seu bebê no período intra-uterino e também pensava em como educaria seu filho no futuro. Regina esperava sempre protegê-lo e desejava que ele não viesse a também contrair o HIV/Aids em seus relacionamentos. Aos três meses do bebê, ela e seu filho apresentavam uma rotina de interações que a deixava muito feliz. Suas atividades eram compostas pelos cuidados do bebê, pelas brincadeiras e pelos momentos em frente à TV. O que mais a emocionava nessas atividades com o filho era a reação dele, suas risadas e sua movimentação, que faziam com que ela se engajasse continuamente nas atividades com ele. Isso é semelhante ao que Porter e Hsu (2003) referiram sobre a relação mãe-bebê aos três meses. Segundo os autores, no terceiro mês a mãe se sente mais à vontade com o filho, pois as capacidades deste permitem que demonstre à mãe sua satisfação nas atividades, ao mesmo tempo em que a mãe também sente que é capaz de influenciar estas respostas do bebê. Apesar dessas satisfações, Regina mencionava dificuldades de ficar longe do filho e, por isso, levava-o consigo sempre que precisasse sair, embora tenha tido mais cuidado com isso após ele ter tido bronquiolite. Sua família mostrava-se disponível para ajudar nos cuidados, mas ainda assim, ela temia que seu bebê não fosse ser bem cuidado por outra pessoa.

Ficou evidente, no entanto, que a convivência com a infecção pelo HIV/Aids influenciava o cotidiano de relacionamentos entre Regina e seu filho e, conforme visto acima, a impossibilidade de amamentar parece ter sido o principal agravante neste aspecto. Além das preocupações quanto à nutrição do filho e das diversas atitudes de Regina a este respeito, já descritas acima, as preocupações com a ansiedade diante da impossibilidade de não amamentar também se mostrava presente nas interações com o feto. Na gestação Regina já se preocupava em explicar ao seu bebê, que ele não seria amamentado no peito. Esta atitude se mostrava mais a serviço dela do que de seu bebê, já que parecia ser uma maneira de sentir-se menos culpada. Outra influência do HIV/Aids que se mostrava presente na rotina de cuidados com o bebê era quanto ao uso da medicação. Desde a gestação Regina projetava dificuldades com a medicação, pois achava que devia ser difícil para uma criança tomar remédios, já que era assim para ela própria. No terceiro mês, de fato, essas dificuldades se concretizaram. Embora o filho não gostasse de tomar qualquer tipo de remédio, Regina não se importava de dar vitaminas e ferro, mas demonstrava insatisfação na administração dos remédios da profilaxia. Isso demonstra que não era apenas a reação do filho que influenciava o momento da medicação, como imaginava na gestação, mas sim o significado que estas medicações

tinham para ela mesma. Elas remetem à idéia de infecção e todo o seu impacto psicossocial. Elas lembram a existência do vírus, do preconceito e, também da possibilidade de infecção do filho. Aos três meses Regina também evitava falar sobre o HIV/Aids na frente do filho, pois achava que isso seria uma maneira de protegê-lo, o que também parece estar mais a serviço de uma ansiedade dela do que do próprio filho.

Considerando-se conjuntamente os três eixos de análise, constata-se que a influência do HIV/Aids sobre Regina se mostrara intensa, possivelmente por intensificar sua ansiedade prévia diante das questões da maternidade. Pode-se pensar que aspectos referentes à maternidade e aos cuidados sempre estiveram presentes em sua vida. Diferentemente de seus irmãos, ela foi rejeitada pela mãe e entregue aos cuidados da avó. Ela saiu de uma situação de rejeição materna e entrou em um contexto de superproteção diante dos cuidados que recebera de sua avó. Assim, a sua própria maternidade parecia um caminho para reviver e elaborar seus próprios sentimentos enquanto filha. Embora quisesse fazer diferente de sua avó, Regina desejava poder proteger seu bebê, e desta forma, a amamentação pareceu uma importante ferramenta para que ela realizasse esse cuidado. Neste sentido, a frustração por não amamentar em razão do HIV/Aids parecia intensificada, já que ela sentia não poder transmitir cuidados e proteção através deste ato. Outros fatores intensificavam as suas preocupações, como a ameaça de aborto, o aborto recente e o medo da infecção pelo HIV/Aids.

Assim, o desenvolvimento do bebê durante a gestação e nos primeiros três meses de vida não parecia ser suficiente para que ela se tranquilizasse quanto à proteção oferecida ao filho. Embora reconhecesse suas aquisições, sentisse grande afeto pelo filho e vibrasse com o seu desenvolvimento, seu jeito voraz e exigente ampliava a preocupação quanto a sua nutrição e gerava um excesso de cuidados por parte de Regina. Esses poderiam, inclusive, prejudicar o desenvolvimento do filho na medida em que ele engordava e que também não desfrutava de suas capacidades, como o aumento da saciedade e o uso da colher. Assim, a vivência da maternidade de Regina e suas percepções sobre o desenvolvimento de seu filho influenciaram diretamente o relacionamento mãe-bebê.

A ansiedade de Regina, intensificada pela infecção pelo HIV/Aids, interferia sobre as atividades e cuidados com seu filho. A rotina de alimentação era afetada pela necessidade exacerbada de nutrir e satisfazer o bebê. A dificuldade de elaborar sua frustração por não amamentar parecia fazer com que seguisse produzindo leite e usasse o leite materno não mais para fins de alimentação, mas de proteção e segurança para o filho, influenciando, dessa forma, outras atividades do dia-a-dia com seu bebê. Embora gostasse de atender e de cuidar seu bebê, assim como valorizasse momentos juntos dele, em algumas situações ela parecia não conseguir identificar-se com as necessidades de um bebê de três meses, possivelmente

pela sua própria angústia. Apesar dessas questões, Regina demonstrava a sua satisfação com a maternidade e como os cuidados de seu filho, além de mostrar-se fortemente apegada a ele. Ela também recebia apoio de sua família e de seu marido, que sempre se colocavam à disposição para ajudá-la no que precisasse. Ela também buscava orientação profissional diante de alguma dificuldade, embora fosse difícil para ela seguir algumas recomendações referentes à amamentação. O caso de Regina e seu filho demonstra o quanto a mútua influência dos aspectos da história dela e de sua infecção se manifestaram na vivência da maternidade, na relação mãe-bebê e no desenvolvimento do bebê. Isto revela uma influência intensa da infecção pelo HIV/Aids sobre o relacionamento mãe-bebê especialmente quando ansiedades pré-existentes relativas à maternidade se encontram presentes.

Caso 5: Mãe - Diana; Bebê - Ana Clara

1.1 - Caracterização do Caso e História da Infecção

Diana era uma mulher de 37 anos, casada, que esperava seu primeiro filho. Seu marido e pai do bebê tinha 41 anos e ambos estavam juntos há três anos. Eles moravam em uma casa de quatro peças, em uma cidade da grande Porto Alegre. Ambos completaram o segundo grau e trabalhavam, ela como auxiliar de laboratório, e ele como comerciante. Ela morava próximo à casa de seus pais, onde viviam sua mãe, seu pai e seus dois irmãos, já casados e com filhos. Sua mãe tinha diabetes e havia amputado as duas pernas em decorrência da doença. Diana também tinha uma relação próxima com a mãe adotiva de seu marido e com o irmão dele.

Ela soube que era portadora do HIV/Aids havia dois anos, época em que ela e o marido ainda eram noivos. Ele adoeceu e durante a internação foi constatado o quadro de Aids. Ela foi, então, encaminhada para a testagem e seu exame também deu positivo. Segundo Diana, *“O início foi bem difícil, tava trabalhando e de repente me dava um estado de nervos, eu abria a boca a chorar por nada”*. Ela sabia que tinha contraído o vírus de seu marido, pois antes de conhecê-lo havia doado sangue e seus exames não acusaram a infecção. Seu marido iniciou o uso de medicação imediatamente, e ela após alguns meses. Diana disse que ela e o marido se apoiaram e passaram a cuidar mais um do outro, o que os ajudou a superar o impacto do diagnóstico. Eles contaram sobre o vírus apenas para a família do marido, que lhes ofereceu apoio. Ela não quis revelar o diagnóstico a sua família porque temia sofrer preconceitos e achava que sua mãe adoeceria diante da revelação. Diana ainda referiu que ela e o marido conviviam normalmente com o HIV/Aids, embora se preocupassem mais um com o outro após o diagnóstico.

1.2 - Gestação

Vivência da Maternidade na Gestação

Diana tinha o “*sonho de ser mãe*”, mas depois de receber o diagnóstico havia desistido de ter filho devido aos riscos que a criança poderia correr. No entanto, um mês após terem se casado ela engravidou: “*A gente usava camisinha, (...) aí depois que a gente casou, aí eu acho que o cuidado foi pouco, né*”. Eles não planejavam engravidar e a reação inicial dela foi de preocupação diante da possibilidade de o bebê ter o vírus. Porém ela se tranqüilizou quando soube que havia um tratamento preventivo e, assim, passou a aceitar bem a gravidez.

Diana iniciou o pré-natal no primeiro mês de gestação e apresentava boas condições de saúde. Apesar de estar bastante inchada nas mãos e nos pés, ela estava feliz com o corpo grávido: “*Eu paro na frente do espelho e fico olhando, (...) eu passo óleo, me cuido, eu acho minha barriga linda*”. Ela também disse que a gravidez havia lhe dado mais força para superar o HIV/Aids. Diana não apresentava maiores preocupações em relação à gravidez e ao parto, no entanto, ela se preocupava com a possibilidade de o bebê se infectar, embora soubesse que o risco era pequeno. Ela também se preocupava com os possíveis questionamentos que receberia pelo fato de não estar amamentando seu bebê, principalmente de sua família: “*Eu vou dizer que eu não tenho, que o leite secou e não vou deixar a criança chorando de fome, né. Eu até já tentei preparar eles, ‘eu acho que eu não vou ser boa de leite porque eu não tenho nada, o meu seio é bem murchinho’, já tento né, para não ter muita curiosidade depois*”. Ela também achava “*frustrante tu saber que tu não vai poder amamentar o teu próprio nenê, mas se é para o bem dela, então tem que ser assim*”.

Diana estava feliz com o apoio e os cuidados de seu marido com ela durante a gestação. Sua família também estava feliz com a gravidez e seus pais estavam bastante cuidadosos com ela. Ela mencionou que uma prima e os irmãos estavam lhe ajudando a montar o enxoval do bebê. Ela esperava que todas essas pessoas continuassem lhe apoiando após o nascimento do bebê. Embora sua mãe estivesse em cadeira de rodas, Diana esperava que ela ajudasse com sua experiência com crianças, já que tivera uma creche no passado.

Ela mencionou que sua rotina já estava mudando, pois tiveram que adaptar uma peça da casa para montar o quarto do bebê. Diana imaginava que seria uma mãe “*carinhosa, bem bobinha com a filha*”. Ela achava que não seguiria alguém em especial como modelo de mãe, pois tinha um jeito próprio de pensar na educação dos filhos: “*Eu leio bastante, acesso a internet, vejo aqueles sites de pais com filhos, aquela coisa toda, leio bastante*”. Ela considerava sua mãe “*exemplar*” e muito carinhosa com os filhos, mas criticava sua superproteção. Ela mesma contou que sofreu com a superproteção da mãe, já que sempre teve dificuldades de ficar longe

dela. Portanto neste aspecto ela achava que criaria seu bebê diferente, mais “*desapegado da mãe*”. Quanto ao pai, Diana o definia como uma pessoa “*mais light*”, carinhoso e preocupado com os filhos, porém mais reservado. Ela achava que seria diferente porque estaria mais próxima da casa e da filha, mesmo trabalhando fora.

A partir do exposto acima pode-se perceber que a ambivalência inicial vivenciada por Diana não impossibilitou que ela aceitasse e se sentisse feliz com a gravidez. Algumas preocupações relacionadas ao HIV/Aids ainda se mostravam presentes, como o temor pela infecção do bebê e a ansiedade diante da impossibilidade de amamentar. No entanto, elas não impediam as suas expectativas positivas quanto ao desempenho da função materna.

Desenvolvimento do Bebê na Gestação

Diana teve ameaça de aborto no início de sua gestação, o que a deixou bastante preocupada: “*Imagina assim, perder meu filho, eu fiquei enlouquecida, né. Porque assim, no momento que tu sabe que tu tá grávida, tu já quer ver o nenê, né, não quer perder, por mais que tu saiba que é um grãozinho ainda*”. Ela acompanhou o desenvolvimento e crescimento de seu bebê através dos exames de ultra-sonografia: “[No início era] *só um grãozinho batendo o coração, aí só aquilo ali já é emocionante*”. No último exame que havia realizado, Diana disse que sua filha estava “*maiorzinha*”, estava “*pensativa, paradinha com a mão no queixo, daí se mexeu e botou o dedo na boca, cheirou e, assim, é muito emocionante*”.

Ela começou a sentir seu bebê se mexer aos quatro meses, o que “*foi muito emocionante*”. Ela imaginava que sua filha seria “*moreninha*”, já que ela e o marido eram morenos. Quanto ao seu jeito, Diana achava que ela seria calma, já que os pais eram calmos, e que também seria uma criança feliz, pois “*a gente conversa com ela e ela se mexe bastante*”. Ela tinha a expectativa de que a filha seria um bebê saudável e não mencionou maiores preocupações quanto ao seu desenvolvimento.

Os relatos de Diana demonstram que ela estava constantemente atenta ao desenvolvimento e à saúde de sua filha, atitude que parece ter sido intensificada pela ameaça de aborto que sofrera. Ela oferecia maior identidade à filha ao lhe atribuir características físicas e de personalidade, além de apresentar expectativas positivas quanto a sua saúde. A infecção pelo HIV/Aids parecia não influenciar suas percepções e expectativas quanto ao desenvolvimento de seu bebê.

Relacionamento Mãe-Bebê na Gestação

Diana imaginava que teria um menino, mas disse que ficou feliz quando soube que esperava uma menina. Conforme havia combinado com o marido, ele escolheria o nome se o

bebê fosse uma menina, e dentre as opções, ela gostou de Clara. Ela cuidou bastante de sua saúde na gestação para *“ter força e ter saúde para criar essa criança, né”*. Ela procurava seguir todas as recomendações médicas e, no início da gravidez fez bastante repouso em razão de ter tido uma ameaça de aborto. *“Eu faço tudo que mandam. Se o médico disser que tem que tomar dez litros d’água para evitar que passe para o nenê eu faço porque no caso, ela é tudo para mim”*.

Ela conversava bastante com seu bebê e tinha a expectativa de que o relacionamento delas seria *“bem bom”* e que seriam *“bem amigas”*. Ela estava se preparando para a chegada de sua filha e já havia arrumado o seu quarto e enxoval. Diana se imaginava alimentando e consolando a filha, e achava que não teria dificuldades em dar mamadeira já que tivera esta experiência com seus sobrinhos. Ela dizia que o fato de ela ter o HIV/Aids não mudaria sua rotina com o bebê, apenas ela precisaria ter mais cuidado quando estivesse com algum machucado.

Quanto ao diagnóstico da filha, Diana não pensava na possibilidade de ela ter o vírus e se isso acontecesse seria *“meio complicado, meio culposo da nossa parte”*, mas que faria *“de tudo para tratar, para viver uma vida normal que nem a gente tá vivendo”*. Já frente a um diagnóstico negativo ela se sentiria *“super mãe, saber assim, que eu não passei, assim como os meus pais não passaram nada para mim que sou uma pessoa saudável, né, e eu também”*.

Quanto à criação e educação de sua filha, ela mencionou que ela seria filha única e que eles cuidariam para não ser uma *“criança abusada, enjoada por ser única”*. Ela e o marido rezavam muito para *“ter força e saúde para criar minha filha até quando ela puder se virar com as próprias mãos dela, ela saber se defender”*. Eles pretendiam adquirir algum bem para deixar para a filha, pois *“a gente não sabe quanto tempo a gente vai durar”*. Diana e o marido pretendiam contar sobre o vírus à filha quando ela pudesse entender e, para o futuro dela, ela desejava que sua filha não contraísse o vírus HIV/Aids.

Considerando-se os relatos acima pode-se verificar que Diana já estava vinculada a sua filha desde a gestação. Além de interagir com o bebê e de realizar os devidos cuidados com a gravidez, ela apresentava expectativas positivas quanto ao relacionamento delas após o nascimento e já estava arrumando o ambiente físico para recebê-la. Embora houvesse preocupações por parte de Diana com o HIV/Aids, a convivência com o vírus estava incluída em seus planos futuros com a filha, pois se preocupava em proporcionar condições emocionais e físicas para que a filha pudesse ficar bem na ausência dos pais.

1.3 - Terceiro Mês de Vida do Bebê

Vivência da Maternidade no Primeiro Trimestre

Diana ganhou sua filha de parto normal quando recém havia entrado no oitavo mês de gestação. Ela disse que tudo havia transcorrido bem durante o parto e em sua recuperação. Ela também considerou tranquilo receber o AZT e disse que o fato de ter o vírus não influenciou sua experiência de parto. Seu marido não assistiu ao parto, mas estava com ela no hospital.

Ela disse que a maternidade estava sendo “*bem gratificante*” e orgulhava-se de sair com a filha e ver as pessoas elogiarem seu bebê. Ela dizia que toda a felicidade que estava sentindo compensava o cansaço da rotina de cuidados da filha. Diana mencionou que se sentia com mais responsabilidade, porém não apresentava dificuldades com a maternidade. Ela se considerava uma mãe “*bastante atenciosa*” e que dava “*conta do recado*”. Quanto ao fato de não amamentar, ela considerava “*normal*” dar a mamadeira. No entanto, ela se sentia desconfortável de ter que explicar o motivo de não amamentar quando alguém lhe perguntava, e respondia dizendo que estava tomando um remédio em razão da filha ter nascido antes do esperado.

O marido de Diana sempre a ajudava e ela o considerava prestativo e atencioso nos cuidados com a filha: “*Se eu vou dar banho ele prepara a água, pega o xampu dela, sabonete, condicionador, esses negócios, já bota tudo próximo, já pega as roupinhas que eu vou tirando, já vai botando no cesto para lavar. É bem participativo*”. Os pais dela também estavam ajudando-a, assim como a cunhada.

Tomando-se conjuntamente os relatos de Diana quanto à vivência da maternidade, percebe-se sua realização e orgulho diante deste novo papel. Ela pareceu ter assumido as novas responsabilidades impostas pela maternidade de uma maneira tranquila e segura. Ela também podia contar com o apoio de seu marido e de sua família, o que a deixava ainda mais satisfeita. Ela não referiu maiores dificuldades em dar mamadeira ao seu bebê, apenas mencionou incômodo com os questionamentos sobre o motivo de não estar dando o leite materno. Embora isso a deixasse desconfortável, não era suficiente para impedir a sua satisfação com a maternidade.

Desenvolvimento do Bebê no Primeiro Trimestre

Segundo Diana, sua filha era como ela imaginava, “*bem calminha, não é uma criança chorona*”. Ela considerava a filha uma criança “*amada, acho que bem feliz, pois está sempre rindo*”, e também esperta e atenta. Apesar de a filha ter nascido antes do esperado, ela estava com peso bom e não precisou ficar em observação no hospital, e seu crescimento estava dentro do esperado nos primeiros meses.

A filha tinha alguns costumes: ela resmungava quando estava com fome e fazia “*manha para dormir*”, além de ter que dormir acompanhada de um cachorrinho de pelúcia que

ganhara logo que nasceu. Segundo Diana, a filha gostava de ver TV e prestava atenção a tudo ao seu redor. Ela havia se adaptado bem ao leite em pó e já estava ingerindo outros alimentos, como aveia, sucos e frutas. Diana comentou que a filha já demonstrava preferências quanto à alimentação, e quando não gostava de alguma coisa ficava *“botando tudo para fora”*. Aos poucos ela estava adaptando sua filha a dormir no berço, só que *“ela acorda e já fica espiando no berço, enquanto a gente não põe ela com nós ela não sossega”*. Depois que adormecia, a filha dormia tranqüila, *“o máximo que ela vira é assim, de ladinho para dormir, nada assim, apavorante”*.

Diana considerava sua filha bastante comunicativa, pois olhava para as pessoas e começava a rir, parecendo que queria falar: *“Ela já dá uma enroladinha”*. Ela também já conseguia segurar o bico e tentava ficar sentada sozinha: *“Ela já tá parando mais sentada, mas escoradinha ainda, né, ela não fica sentada sozinha”*. Ela movimentava bastante as pernas e estendia os braços em direção à Diana, como se estivesse pedindo para *“pegar ela”*. Na hora do banho, ela *“bate com as mãos, bate com os pés e solta água pra tudo que é lado”*. Outra coisa que chamava a atenção de Diana era que a filha se *“babava”* toda e fazia sons com a boca durante as brincadeiras. Ela disse que a filha não estranhava pessoas desconhecidas ou lugares diferentes, o que a deixava feliz e mais tranqüila caso precisasse deixá-la com alguém.

Quanto à saúde, sua filha não teve maiores problemas, apenas cólicas. Ela também teve uma gripe leve, que durou cerca de três dias. Diana se preocupava com o resultado do exame de sua filha, pois embora o primeiro resultado tenha sido negativo para HIV/Aids, ela sabia que *“até os seis meses ainda têm riscos”*, já que seria por volta deste período que receberia o diagnóstico definitivo de sua filha. Quanto a isso, ela comentou: *“Às vezes eu me preocupo, às vezes eu paro e penso assim...e choro, (...) ‘ah, meu Deus, protege minha filha’”*.

Analisando-se conjuntamente os relatos de Diana, percebe-se a sua satisfação com o desenvolvimento da filha no primeiro trimestre de vida. Ela estava com um bom crescimento e não havia apresentado problemas de saúde significativos nestes primeiros meses de vida. Ela havia se adaptado ao leite e às frutas e apresentava diversas aquisições quanto ao tônus muscular, além de ter ampliado seu conjunto de expressões, gestos e comportamentos, que correspondiam ao desenvolvimento de uma criança no primeiro trimestre de vida. Diana considerava sua filha atenta às coisas ao redor e comunicativa. A influência do HIV/Aids aparece em suas preocupações quanto ao diagnóstico da filha.

Relacionamento Mãe-Bebê no Primeiro Trimestre

Diana estava sempre junto de sua filha, *“sempre grudada...sempre comigo”*. Por sugestão do marido, o nome Clara, originalmente sugerido por ele, foi acrescido de Ana e passou a ser

Ana Clara, já que ele achava mais bonito um nome composto. Diana achava muito gratificante cuidar da filha, *“até o fato de preparar [a alimentação da filha], aquela função toda, é muito gratificante”*. Ela se sentia feliz por constatar que sua filha era uma criança alegre, que estava sempre rindo. Ela gostava de todas as atividades com a filha, mas ressaltava algumas: *“Ah, gosto de passear...gosto de ficar assim, brincando com ela”*.

Ela considerava sua rotina tranqüila. Ela ficava a maior parte do tempo com a filha e quando precisava fazer alguma limpeza mais pesada em sua casa deixava a filha com a mãe por alguns instantes. Diana realizava toda a rotina de cuidados da filha: banho, troca de fraldas, troca de roupas, alimentação, medicação. Ela gostava de deixar sua filha sempre *“embecada, sempre pronta para passear”*. Ela achou *“normal”* ter que dar a medicação para sua filha, embora Ana Clara demonstrasse que não gostava. Ela pensava, *“Ai, tadinha né, ter que tomar estes remédios”*, mas se conformava, *“tudo faz parte, né, se é para o bem dela”*. Durante o dia, ela e a filha brincavam a todo o momento com brinquedos e com brincadeiras de dar *“beijinho no pescoço, ela sente cosquinha e dá risada”*.

Diana considerava boa a comunicação com a filha, já que conversavam bastante. Ela gostava de antecipar para sua filha o que elas iriam fazer: *“Vamos se mudar, vamos trocar o xixi, vamos tomar banho pra ficar cheirosa e esperar o papai”*. Ela dizia entender as expressões de sua filha: *“A gente entende direitinho quando ela está faceira, quando ela está braba, quando ela está com cólica, assim, os sinais que ela faz, entendo direitinho”*. Ela disse que no início sentiu dificuldade em diferenciar o choro de sua filha quando estava com sono, já que este era bastante forte: *“Como foi difícil, assim, até eu descobrir que aquilo ali era só uma manha que ela fazia para dormir, né. Mas agora não, agora eu não tenho dificuldade de entender ela”*. Ela relatou que sua filha a olhava e tentava conversar, e achava que ela fazia isso porque devia saber que sua mãe a amava muito. Segundo Diana, quando olhava para a filha, ela respondia com *“risada, ela dá os braços, ela se vira, ela mostra o jeitinho dela”*. Ela consolava sua filha sempre que necessário: *“Ela se encosta assim, bem na gente, né, e fica assim, fungando, fazendo funquinho, se agarrando, se agarra bem na gente pra sentir que tá bem firme, que tá bem perto”*.

Durante o primeiro trimestre após o nascimento, Diana precisou afastar-se de sua filha poucas vezes, mas referiu que estes momentos foram tranqüilos e que sabia que ela estava sendo bem cuidada, pois ficava com seus pais ou com seus irmãos. Porém, a proximidade do retorno ao trabalho e o conseqüente afastamento da filha a entristecia: *“Só de pensar que eu só tinha 30 dias para ficar em casa eu já fiquei apavorada. Eu chorei, mas não por nada, assim, por ficar longe dela”*. Sua preocupação ficava agravada pelo fato de que ainda não tinha o diagnóstico da filha, *“a gente se preocupa, né, agora mesmo eu vou voltar a trabalhar, ela vai ficar com outra pessoa, né”*. O fato de que sua filha ficaria sob os cuidados de seus pais a

tranqüilizava, pois sabia que ela ficaria bem: *“O que eu sinto é eu ficar longe dela, eu sei que ela vai ficar bem cuidada”*. Além de preocupar-se com seu retorno ao trabalho, Diana também mencionava preocupação com o HIV/Aids, mais especificamente quanto a sua própria saúde: *“Peço a Deus todo o dia que me dê saúde, que me dê condições de criar ela, porque eu acho muito triste uma criança sem mãe. (...) Que Deus me dê força e saúde pelo menos para mim criar ela, pelo menos até ela saber se administrar sozinha”*.

Considerando os relatos de Diana sobre o relacionamento com sua filha no terceiro mês, constata-se o estabelecimento de uma relação de afetos e proximidade. Ela gostava de cuidar da filha, estar próxima dela no dia-a-dia e deixá-la sempre arrumada. Mesmo a hora do remédio parecia tranqüilo para ela, embora sentisse pena ao ver a reação negativa da filha. Além dos cuidados, mãe e filha estavam sempre brincando e conversando, e a filha respondia a estes momentos com risadas e movimentos de braços. Gradualmente, Diana foi identificando as expressões de sua filha e, no terceiro mês, acreditava que entendia todos os sinais dela, aos quais buscava atender. No mais, ela preocupava-se um pouco com o retorno ao trabalho, pois sentiria saudades da filha, apesar de saber que ela estaria sendo bem cuidada. A presença do HIV/Aids aparece quando ela disse que rezava para que pudesse ter saúde e viver pelo menos até que sua filha pudesse se administrar sozinha, demonstrando que a presença da infecção era considerada quando ela projetava o futuro.

1.4 - Mudanças da Gestação ao Terceiro Mês de Vida do Bebê

Diana tinha o sonho de ser mãe, mas seu medo diante da possibilidade de transmitir o vírus ao bebê deixava-a ambivalente. Apesar da ambivalência ter sido intensificada pelo HIV/Aids, o desejo de ter filhos prevaleceu. No entanto, o início da gravidez foi marcado pela sua preocupação com a possível infecção do bebê, que foi amenizada após saber da possibilidade de prevenção através do tratamento profilático. A partir daí, ela pôde aceitar e demonstrar sua felicidade diante da gravidez e de seu corpo grávido. Segundo Diana, a gravidez lhe deu forças para superar o HIV/Aids. Este sentimento reflete que a maternidade favoreceu o seu reposicionamento diante da infecção, já que ela precisou agir ativamente e proceder ao tratamento profilático para evitar a transmissão do vírus a sua filha. Estes achados corroboram os encontrados por Moura e Praça (2006), que ressaltaram que, para muitas mães, a maternidade segue mais valorizada do que a infecção pelo HIV/Aids.

Na gestação, Diana imaginava-se uma mãe carinhosa, mas diferentemente de sua mãe, não gostaria de ser superprotetora. Ela parecia bastante envolvida com a gravidez e já preparava a casa para receber seu bebê. Ela não apresentava maiores preocupações com a

gravidez e o parto, apenas temia um pouco os questionamentos diante do motivo de não amamentar, já que poucas pessoas sabiam sobre a infecção pelo HIV/Aids. Esta preocupação quanto aos questionamentos sobre a não-amamentação foi a única mencionada nos seus relatos sobre a experiência de maternidade aos três meses de vida da filha. No mais, considerava tranquilo alimentar sua filha com a mamadeira. Diana não teve maiores preocupações com o parto e nem durante os três primeiros meses. Ao contrário, estava feliz com a maternidade e orgulhosa em seu papel de mãe, sentindo-se mais responsável.

No que se refere ao desenvolvimento de Ana Clara, este evoluía bem na gestação, apesar da ameaça de aborto que sofrera. Diana gostava de sentir os movimentos fetais e já atribuía estados e comportamentos a sua filha com base nestas movimentações. No mais, ela não mencionou maiores preocupações com o desenvolvimento da filha. Essa ausência de maiores preocupações também seguiu no terceiro mês, apenas com uma exceção: a preocupação com o diagnóstico da filha. Embora já tivesse recebido um primeiro resultado negativo, ela só relaxaria após o resultado definitivo. No mais, mostrava-se feliz com o jeito e o desenvolvimento da filha, que crescia adequadamente apesar de ter nascido no oitavo mês de gestação. A filha estava bem adaptada ao leite, já tentava sentar e apresentava maior força e movimentação nos braços e pernas. Diana a considerava bastante comunicativa e atenta ao seu redor, pois ela olhava as pessoas, sorria e balbuciava. Ela também se “babava” e fazia sons com a boca durante os momentos de brincadeiras. Essas características sugerem que Ana Clara era uma criança bastante interativa e responsiva nas interações, o que estimulava ainda mais o engajamento materno. Além disso, Diana mostrava-se satisfeita com o fato de sua filha não estranhar as pessoas ou os lugares diferentes, e isso a deixava tranqüila, pois sugeria que a filha sofreria menos diante dos momentos de afastamento da mãe. Percebe-se que desde o início, Ana Clara era vista pela mãe de forma ativa, sendo co-responsável pelas interações estabelecidas entre elas (Busnel, 2002; Raphael-Leff, 1997), o que demonstra o caráter bidirecional desta relação entre mãe e filha.

No que diz respeito ao relacionamento entre Diana e Ana Clara, desde a gestação ela demonstrava forte apego a sua filha. Embora imaginasse ter um menino, aceitou bem o fato de ser uma menina e tinha expectativas positivas quanto ao seu relacionamento com ela. Ela seguia todos os cuidados recomendados e manteve bastante repouso no início devido à ameaça de aborto que tivera. Ela também já havia organizado o enxoval e todos os preparativos para a chegada da filha. Ela imaginava-se cuidando de sua filha e não mencionava maiores dificuldades, pois já tinha experiência de cuidados com os sobrinhos. Todas estas expectativas preparavam a mãe e ajudavam na criação do espaço que seria ocupado pelo bebê no relacionamento que se seguiria após o nascimento (Brazelton &

Cramer, 1992). Diana confiava que sua filha não fosse ter o vírus e achava que, afora cuidados que teria com relação a machucados, a infecção pelo HIV/Aids não mudaria a rotina com ela. O HIV/Aids, no entanto, parecia influenciar as suas expectativas futuras quanto ao relacionamento com a filha, pois ela rezava para que pudesse viver até quando sua filha pudesse se administrar sozinha, além do que ela e o marido tinham planos de adquirir um bem que pudessem deixar à filha no futuro. Embora estes pensamentos pudessem angustiar Diana, eles demonstravam a sua aceitação ao HIV/Aids e as formas que ela encontrou de se organizar para criar a filha à luz da realidade da infecção. A intenção de revelar sobre o HIV/Aids à filha no futuro também seria uma forma de passar a ela a responsabilidade com o seu autocuidado, para que pudesse evitar uma futura infecção.

No terceiro mês, ela ainda referia este desejo de ter saúde para criar a filha até que ela fosse mais independente. A relação dela com sua filha era repleta de afetos. Diana estava sempre próxima dela e realizava todos os seus cuidados com satisfação. Ela gostava de deixar sua filha sempre arrumada e se orgulhava de seu jeito alegre e risonho. Elas brincavam e conversavam bastante, e Diana conseguia identificar as diversas manifestações e necessidades dela, as quais já sabia como atender. Ela gostava das reações de sua filha, que sempre lhe dava repostas com risadas e movimentações de braços. A única reação da filha que a desagradava era diante da medicação, mas isso não a impedia de realizar o cuidado corretamente por reconhecer que era para o bem dela. Aos três meses da filha, Diana demonstrava poucas preocupações, mas essas giravam em torno de seu retorno ao trabalho, pois ficaria longe da filha e sentiria saudades, mesmo confiante de que ela estaria bem cuidada pelos seus pais.

Considerando-se de forma integrada os três eixos temáticos acima em suas mudanças da gestação ao primeiro trimestre de vida do bebê, constata-se que a felicidade presente em Diana durante a vivência da maternidade prevaleceu diante de suas preocupações com o HIV/Aids. A ansiedade diante da possível infecção de sua filha parecia inicialmente impedir que desfrutasse da maternidade, no entanto, saber das possibilidades oferecidas pelo tratamento preventivo do bebê tranquilizou-a e possibilitou que ela se satisfizesse com o papel materno. A este respeito, a maternidade inclusive lhe fortaleceu diante da infecção, e assim se manteve no terceiro mês de sua filha. Sua preocupação era em relação aos questionamentos quanto ao fato de não amamentar, o que de fato ocorreu no terceiro mês, embora já tivesse uma maneira de lidar com eles. Por outro lado, o desenvolvimento satisfatório de sua filha era sempre percebido por Diana, mesmo na gestação, quando teve uma ameaça de aborto. Ela era capaz de atribuir características positivas a sua filha, baseada em suas expectativas e nos movimentos fetais. Ela não mencionava maiores preocupações com a saúde de Ana Clara,

diferentemente do terceiro mês, no qual mencionou preocupações com o seu diagnóstico. Parece que a proximidade do resultado definitivo quanto ao diagnóstico da filha intensificava suas angústias frente a uma possível infecção nela. No entanto, estas preocupações não escondiam as satisfações com o desenvolvimento, as habilidades e as aquisições de sua filha no terceiro mês.

A vivência positiva da maternidade de Diana e o saudável desenvolvimento de Ana Clara fortaleciam as interações entre mãe e filha. Ela parecia feliz com todas as atividades que desempenhavam juntas, e sua filha parecia retribuir esta felicidade através de seu jeito atento e risonho. A comunicação entre mãe e filha e as expressões desta pareciam estimular Diana às interações. A maternidade lhe reposicionou diante da infecção pelo HIV/Aids. Ela tinha o desejo de não ser com sua filha superprotetora como sua mãe foi com ela. Esse desejo pode ter facilitado que ela se posicionasse de maneira mais realista diante da infecção. Assim, para ela, criar sua filha de forma que ela se sentisse mais segura e independente era uma maneira de facilitar que ela pudesse se administrar bem, mesmo na ausência dos pais, já que eram portadores do HIV/Aids. Ao mesmo tempo, o jeito fácil de sua filha dava a Diana a idéia de que ela seria capaz de se adaptar bem, mesmo na ausência dela. Por outro lado, contar com uma rede de apoio familiar protetora a tranquilizava. Assim, pode-se considerar que a vivência positiva da maternidade, o desenvolvimento saudável de sua filha, o acesso às informações e a possibilidade do tratamento preventivo, o apoio do marido e de sua família, bem como as próprias características e maturidade de Diana colaboraram para o estabelecimento de um relacionamento mãe-bebê saudável.

DISCUSSÃO GERAL

As análises descritas no Capítulo III focalizaram as particularidades de cada mãe e seu bebê no que diz respeito à vivência da maternidade, ao desenvolvimento do bebê e ao relacionamento mãe-bebê, considerando-se o contexto de infecção pelo HIV/Aids e o período que compreendeu da gestação ao primeiro trimestre de vida do bebê. Neste capítulo analisam-se as semelhanças entre os casos em cada uma dessas categorias temáticas e sua relação com a literatura revisada.

Quanto à *vivência da maternidade*, todas as mães do presente estudo demonstraram alegrias e satisfações neste novo papel, embora a presença da infecção se fizesse presente em muitos aspectos. Entre essas mães, a ambivalência inicial diante da notícia da gestação (Maldonado, 1994) foi intensificada pela presença do HIV/Aids. Com exceção de uma das mães (Patrícia) que soube do HIV/Aids na gestação, as demais já se sabiam infectadas e relataram que não pretendiam engravidar em razão das preocupações com a infecção. No entanto, todas mencionaram que em algum momento já haviam desejado ser mãe e os eventuais *acidentes* que levaram à gravidez (esquecimento ou problemas com o preservativo, troca de anticoncepcional) parecem revelar um desejo forte de gravidez, talvez inconsciente, que não podia ser revelado. Alguns autores (Santos et al., 2002; Wesley et al., 2000) já haviam descrito que o desejo de ter filhos não se altera diante do HIV/Aids, ou seja, ter o vírus não seria o principal fator que interfere nas tomadas de decisões reprodutivas. No entanto, o estigma social que circunda a epidemia exerce uma pressão social para que a mulher portadora de HIV/Aids não engravide, o que acaba impedindo que seu desejo seja revelado.

Se por um lado o desejo de gravidez parecia presente entre as mães, por outro, muitas foram as preocupações manifestadas, principalmente no início da gestação. Enquanto uma delas (Patrícia) se deparou com o impacto do diagnóstico, outra (Valquíria) parece ter revivido a infecção que tentava esquecer. Todas se preocupavam e sentiam culpa diante da possibilidade de transmissão do vírus ao bebê. Além disso, o medo do preconceito se fazia presente e as mães referiam ansiedade diante de situações que pudessem revelar o seu diagnóstico, como a não-amamentação. Duas delas (Mônica e Valquíria) apresentavam uma ansiedade ainda maior quanto à revelação do diagnóstico. A primeira temia a reação do pai do bebê, que ainda não sabia da infecção na gestação, enquanto a outra tinha medo de que a notícia da infecção facilmente se espalhasse em sua cidade e, por isso, optou por fazer o pré-natal na capital. Estes dados corroboram os achados de Carvalho e Piccinini (2006) que relataram que o processo de gestação no contexto do HIV/Aids é dificultado pela presença de

preocupações próprias da infecção, como é o caso do medo diante do preconceito, das dificuldades frente à aceitação do diagnóstico e da culpa diante da possível infecção do bebê. Estes e outros autores (D'Auria et al., 2006; Gonçalves, 2007) ressaltaram que muitas mães portadoras de HIV/Aids recorrem à religião e a sua fé para lidarem com estas ansiedades. Isso também foi constatado em algumas mães do presente estudo (Valquíria, Diana) que, através de rezas e promessas, pediam proteção ao/a filho/a e a elas próprias no enfrentamento da situação de infecção pelo HIV/Aids.

Apesar desses medos, ficou evidente nos relatos das mães que a aceitação da gestação prevaleceu e, para isso, alguns fatores se mostraram fundamentais. Embora, de modo geral elas tivessem optado por manter o diagnóstico de HIV/Aids em segredo, pelo menos uma pessoa importante em suas vidas sabia da infecção e pôde oferecer apoio, seja emocional ou de cuidados, que em geral era o marido ou a própria mãe. A importância do apoio familiar e social no contexto do HIV/Aids já havia sido descrita por alguns autores, que revelaram sua função atenuadora diante do impacto negativo da infecção e facilitadora do processo de adaptação ao HIV/Aids (Remor, 2002). Além disso, Seidl et al. (2005) revelaram que a qualidade de vida de indivíduos portadores de HIV/Aids seria influenciada positivamente pelo apoio emocional e pela convivência com um companheiro, o que também esteve presente entre as mães do presente estudo. Além do apoio, a satisfação com o pré-natal especializado e o acesso às informações referentes ao tratamento profilático da transmissão materno-infantil também colaboraram para amenizar a ansiedade das mães, já que a maioria desconhecia as possibilidades de um tratamento preventivo da infecção do bebê.

A aceitação da gestação possibilitou que as mães do presente estudo se envolvessem mais com as ansiedades e mudanças próprias da maternidade. A satisfação com a maternidade ganhou espaço, mesmo que algumas mães (Patrícia, Mônica, Regina) mencionassem desconforto com o uso de anti-retrovirais. Todas as mães já haviam se imaginado como seriam no desempenho do papel materno, e algumas mencionavam insegurança ao se imaginarem cuidando de seus bebês. Salvo as particularidades de cada caso, esta insegurança pode estar relacionada, em parte, ao fato de serem primíparas (Porter & Hsu, 2003). As mães do estudo também tomavam como modelo a ser seguido suas próprias mães/cuidadoras, apesar de a maioria delas mencionar o desejo de serem diferentes em algum aspecto, seja na imposição de limites (Regina, Diana), na maior proximidade com o bebê (Valquíria) ou mesmo tendo maior abertura e diálogo com o filho (Patrícia). Entre os diversos sentimentos presentes na maternidade, a gestante retoma aqueles relativos ao relacionamento dela com sua própria mãe. Segundo Ferrari et al. (2007), esse processo é importante para que a mulher possa realizar a passagem da posição de filha para a de mãe, tendo por base as identificações

com seus próprios pais. Cabe considerar que todas as mães do presente estudo referiram modelos positivos de mãe/cuidadora, o que se diferencia dos achados de Carvalho e Piccinini (2006), os quais evidenciaram a presença de relações instáveis e não apoiadoras entre as gestantes portadoras de HIV/Aids. É plausível se pensar que estas diferenças se devam à variabilidade natural entre os casos e não estejam relacionadas a alguma tendência específica associada ao HIV/Aids.

Salvo as diferenças quanto aos aspectos desenvolvimentais e ao momento de vida de cada mãe, de uma forma geral elas esperavam que a maternidade provocasse um amadurecimento pessoal devido às novas responsabilidades com o bebê. O medo do parto foi relatado por algumas mães (Patrícia, Mônica, Valquíria), e se referia ao medo da dor e de dificuldades na recuperação, além de ansiedades pelo desconhecimento quanto ao tipo de parto. Lopes et al. (2005) haviam constatado que em gestantes primíparas, não portadoras de HIV/Aids, prevaleciam ansiedades e expectativas negativas quanto ao parto, o que também foi constatado entre as mães do presente estudo. Apesar de se saber das particularidades da situação de parto no contexto do HIV/Aids, os sentimentos manifestados entre as mães do presente estudo não parecem diferentes dos encontrados por aqueles autores.

No terceiro mês do bebê prevaleceram entre as mães relatos de alegrias diante do novo papel materno. Houve diversidades quanto à vivência do parto. Algumas mães (Valquíria e Diana) relataram um parto tranquilo, enquanto outras (Mônica e Regina) tiveram preocupações, apesar de seus partos terem transcorrido bem. Uma delas (Mônica) ficou desconfortável com o uso do AZT, pois isto lhe parecia denunciar seu diagnóstico de soropositividade. Já outra (Regina) não se importou com o AZT e inclusive contou sobre o HIV/Aids às demais mães do centro obstétrico, mas, por outro lado, estava aflita de que sua família descobrisse sobre o vírus neste momento. Esta mãe também vivenciou uma falha no sistema de saúde, pois seu exame de carga viral não havia ficado pronto até o momento do parto. Embora ela não tenha expressado maiores temores em função disto, é importante ressaltar o risco potencial que esta falha pode trazer à situação de parto. Não saber o resultado do exame de carga viral pode trazer mais uma ansiedade à mãe neste momento, visto que ela tem menos informações sobre sua saúde, podendo aumentar seu temor sobre uma possível infecção do bebê neste momento. Além disso, esta falta de informação não contribui para os procedimentos médicos que precisam ser feitos no parto. Um dos partos que foi mais complicado (Patrícia) não teve relação com a infecção pelo HIV/Aids, porém a mãe acreditava que o vírus havia fragilizado sua saúde e, diante disso, passou a sentir muito medo de morrer. Apesar das diversidades na forma como as mães sentiram a influência do HIV/Aids, sabe-se que a infecção traz particularidades à situação de parto, seja pelo uso do

AZT, pela possibilidade de infecção do bebê, ou pelo medo de algum comprometimento na saúde em decorrência do vírus (Brasil, 2006a).

No primeiro trimestre de vida do bebê, as mães relataram algumas satisfações e dificuldades. As dificuldades foram mais intensas no primeiro mês do bebê, embora algumas ainda se mostrassem presentes aos três meses de vida. Muitas dessas dificuldades eram específicas da infecção pelo HIV/Aids e se referiam à impossibilidade de amamentar. De uma forma geral, as mães do presente estudo sentiam-se desconfortáveis quando questionadas sobre o motivo de o bebê não ser amamentado no peito e, diante disso, inventavam diversas justificativas para evitar a revelação do diagnóstico. Algumas delas (Mônica, Diana) sentiam-se frustradas por não poderem amamentar seus bebês, pois consideravam que isso fazia parte do processo de maternidade. No entanto, elas se tranquilizavam ao constatarem que se tratava de uma medida de proteção. Apenas uma mãe (Regina) demonstrava intensa frustração e culpa por considerar que não estava oferecendo proteção ao seu bebê em razão de ele não receber o leite materno. No entanto, tal frustração pode ser compreendida a luz de sua própria história, na qual a amamentação parece supervalorizada. De uma forma geral, as dificuldades quanto à impossibilidade de amamentar estão em conformidade com os achados da literatura, que referem a presença de frustração e de preocupações com a nutrição do bebê (Barbosa, 2001), além de preconceitos e de medos diante da possibilidade de revelação da infecção (Moreno et al., 2006) entre as mães.

Ainda, algumas mães relataram dificuldades e inseguranças nos cuidados iniciais do bebê (Patrícia, Valquíria, Regina) e necessitaram do apoio de suas próprias mães/cuidadoras nestes momentos. Porém, aos poucos todas as mães passaram a assumir com facilidade os cuidados do filho. Segundo Porter e Hsu (2003), as percepções de auto-eficácia em mães primíparas vão gradativamente aumentando ao longo do primeiro trimestre de vida do bebê devido às experiências atuais de cuidados com seus bebês e à maior previsibilidade nos comportamentos do bebê.

Assim como na gestação, durante os três primeiros meses de vida do bebê as mães também contavam com forte apoio de seus maridos e/ou de suas famílias nos cuidados do bebê. Para as mães, essas pessoas formavam o que Stern (1997) denominou *matriz de apoio*, que auxilia a amenizar o impacto das exigências externas sobre a mãe, favorecendo que ela se volte para a maternidade. Seguindo os conceitos teóricos de Stern, as mães do presente estudo estavam vivenciando tarefas relativas à *reorganização da identidade*, transformando suas identidades e revivendo antigas identificações parentais em busca de novos modelos de ser mãe. A mãe sente a necessidade de transformar sua identidade, de forma que possa assumir os novos papéis impostos pela maternidade. Neste sentido, todas as mães mencionaram

semelhanças e diferenças quanto à maneira de cuidar de suas próprias mães. De uma forma geral, elas gostariam de seguir um modelo atencioso e carinhoso de suas mães e de fato elas estavam desempenhando este papel. Algumas delas (Valquíria, Regina, Diana), no entanto, criticavam a superproteção de suas mães/cuidadoras e pareciam estar querendo fazer diferente delas na criação de seus filhos, com exceção de uma (Regina), que parecia repetir com seu filho o excesso de cuidados que recebera de sua avó ao longo de sua criação.

Apesar das dificuldades referentes à infecção e à própria maternidade, todas as mães do presente estudo se consideravam *boas mães*, sendo responsáveis, atenciosas e carinhosas com seus filhos, achado este semelhante àqueles reportados por Gonçalves (2007). Embora essas mães não negassem a presença do HIV/Aids, a satisfação diante da maternidade prevalecia. Elas mostravam-se realizadas na função materna e, de uma forma geral, a maternidade ficou mais valorizada do que a própria infecção para estas mães.

No que se refere ao *desenvolvimento do bebê*, muitas foram as semelhanças entre as mães. Todas as mães do estudo estavam acompanhando o crescimento de seus bebês intra-útero através dos exames de ultra-sonografia. Elas demonstravam satisfação com o desenvolvimento de seus bebês, mesmo no caso de uma delas (Regina) que estava insatisfeita com o crescimento de sua barriga. No último trimestre de gestação, elas gostavam de imaginar como seus bebês seriam fisicamente e em geral seus relatos incluíam características tanto delas próprias como do pai do bebê. As mães também imaginavam como seria o jeito de seus bebês e, para isso, se baseavam em suas percepções sobre os movimentos fetais. Aliás, elas referiram que gostavam de sentir essas movimentações, seja pela própria sensação ou pela certificação de que seus filhos estariam bem. De acordo com Brazelton e Cramer (1992) atribuir características ao feto é algo comum a todas as gestações e trata-se de uma forma de personificar o bebê, oferecer maior identidade ao/a filho/a. Essas características constituem o bebê imaginário, necessário para introduzir o espaço que será ocupado mais adiante pelo bebê real. Da mesma forma, Piccinini et al. (2004) constataram que as características e os significados que as mães atribuem ao bebê durante a gestação indicam o estabelecimento de um vínculo, que formará a base para o relacionamento mãe-bebê após o nascimento. Todas as mães demonstravam alguma preocupação com a saúde de seus bebês durante a gestação, tanto no que diz respeito a possíveis malformações, quanto à possível infecção do bebê, mesmo que estivessem realizando a profilaxia da transmissão materno-infantil. Conforme ressaltaram Rigoni et al. (*in press*), as preocupações com a saúde do bebê, inerentes à gestação, podem estar intensificadas na presença do HIV/Aids, já que o vírus remete a um contexto de vulnerabilidade, salientado pela possível infecção do bebê e pelo caráter medicalizado da gestação. Cabe ressaltar que duas mães (Regina, Diana) também se preocupavam com a

integridade física do feto, pois haviam tido ameaça de aborto no início da gestação, o que se constitui mais um importante agravante nas preocupações quanto à saúde dos bebês.

Nos primeiros três meses de vida do bebê, as mães apresentaram algumas preocupações, mas muitas satisfações quanto ao desenvolvimento deste. Todas as mães estavam felizes com a aparência física e o jeito de seus bebês, mesmo aquelas que na gestação imaginavam alguma característica diferente da verificada após o nascimento, demonstrando a realização do luto pelo bebê imaginado na gestação (Lebovici, 1988) e uma adaptação tranqüila ao bebê real. Elas também estavam satisfeitas com o crescimento e o desenvolvimento de seus bebês que em geral estavam dentro do esperado para os primeiros meses de vida. Apenas uma delas (Regina) mencionou que seu filho havia engordado acima do esperado e, por isso, estava iniciando acompanhamento com nutricionista. De uma forma geral os bebês aceitaram bem o leite em pó infantil, com exceção de dois deles (de Valquíria e de Regina) que não se adaptaram a este tipo de leite, mas sim ao de caixinha, o que exigiu que eles tivessem que tomar vitaminas para compensar a falta de nutrientes importantes ao bebê neste tipo de leite. Um desses casos foi ainda mais delicado (Regina), pois seu filho precisou trocar seis vezes de leite até encontrar um que se adaptasse. Porém, conforme constou na análise particular do caso desta mãe, a exigência do bebê e a ansiedade da mãe em relação à impossibilidade de amamentar foram um agravante para esta situação.

Outra preocupação resultante da infecção pelo HIV/Aids diz respeito à adaptação do bebê à medicação profilática. O bebê exposto ao HIV/Aids deve tomar duas medicações profiláticas: o AZT nos primeiros 42 dias de vida e a medicação para prevenção de pneumonia a partir da quarta semana de vida até a definição do seu diagnóstico. Com exceção de um bebê (de Valquíria), os demais reagem mal à medicação. As mães relataram que eles choravam, se debatiam, cuspiam ou vomitavam o remédio, principalmente a medicação preventiva da pneumonia. Segundo Rigoni et al. (*in press*) a reação negativa do bebê diante da medicação profilática pode gerar ansiedade e sentimentos de culpa por parte da mãe, o que traz dificuldades a este momento da medicação, mas que, em geral, não impede que as mães realizem este cuidado de forma correta.

Todos os bebês demonstravam aquisições e habilidades semelhantes aos três meses de idade. Eles já apresentavam regularidades quanto ao sono e aos horários de alimentação, já tentavam agarrar objetos. Além disso, os bebês já apresentavam mais força e movimentação nas pernas. As mães também referiram que seus bebês se mostravam mais atentos ao ambiente e permaneciam por mais tempo observando pessoas ou objetos que lhes chamassem a atenção. Todas estas aquisições infantis fazem parte do desenvolvimento esperado de um bebê de três meses de vida (Brazelton, 2002; Stern, 1997). Segundo os autores, a maior

previsibilidade quanto aos comportamentos do bebê de três meses facilita que a mãe reconheça o ritmo de seu filho e possa sincronizar seus comportamentos aos dele. As mães também referiram que seus bebês estavam ampliando seus repertórios de respostas às situações. Além do choro, eles davam risadas, resmungavam e balbuciavam. Os bebês diferenciavam-se entre si quanto as suas reações aos diferentes eventos. Algumas mães (Valquíria, Diana) relataram que seus bebês não estranhavam pessoas ou lugares, enquanto outras (Patrícia, Mônica) disseram que seus filhos se assustavam com barulho. De forma contrária, uma mãe (Regina) disse que seu bebê *adorava* barulho. Apesar das particularidades de cada bebê, o repertório de respostas identificado pelas mães correspondem ao encontrado por Mäntymaa (2006), ao investigar bebês de três meses, não portadores de HIV/Aids. O autor salientou que neste período há grande preferência do bebê pelas interações face-a face, principalmente com a mãe. O bebê também demonstra preferência pela voz e movimentos humanos, além do que consegue realizar ações intencionais, tais como o choro e o sorriso instrumental, o que também pode ser observado nos relatos das mães do presente estudo.

Quanto à saúde dos bebês, com exceção de um deles (de Regina), os demais não apresentaram problemas de saúde importantes nos primeiros três meses de vida. A principal preocupação mencionada entre as mães se referiu ao diagnóstico do bebê. Sabe-se que o diagnóstico definitivo do bebê pode ocorrer até os 18 meses de vida (Brasil, 2006a), porém, as mães do presente estudo já poderiam conhecer o diagnóstico sorológico de seus filhos por volta do sexto mês de vida destes, dadas as particularidades do tipo de exame realizado no serviço de saúde onde faziam tratamento. Embora os primeiros exames de todos os bebês dessas mães tenham indicado um resultado negativo, elas mães esperavam com ansiedade o diagnóstico definitivo. No entanto, elas pareciam mais confiantes do que na gestação, provavelmente por terem, além do primeiro resultado do exame, a evidência de que seus bebês estavam se desenvolvendo bem e sem maiores problemas de saúde.

Em relação à categoria *relacionamento com o bebê*, na gestação as mães se mostraram felizes ao saberem o sexo de seus bebês e logo escolheram nomes, sugeridos por elas próprias ou pelos pais dos bebês. Em geral, as mães disseram que já sabiam se seria menino ou menina, mesmo antes da confirmação. A este respeito, Raphael-Leff (1997) chamou a atenção para o fato de que o conhecimento sobre o sexo do bebê, bem como a escolha de um nome são também uma forma de personalizar o feto e exercem influência sobre o relacionamento entre mãe e bebê após o nascimento. As mães tinham expectativas positivas para suas relações com seus bebês, referindo proximidade e afeto. Em sua maioria, elas imaginavam que a infecção pelo HIV/Aids apenas influenciaria no relacionamento com seus bebês quando estivessem com algum machucado e tivessem que proteger o local para evitar o contato com o

bebê e uma possível infecção. Embora essas mães não demonstrassem intensas preocupações a este respeito, é possível identificar que a ameaça do HIV/Aids parece se fazer presente no cotidiano de cuidados e no contato direto com o bebê.

Todas as mães estavam realizando uma série de cuidados na gestação visando à proteção de seus bebês. A principal medida era seguir corretamente o uso de anti-retrovirais, apesar de eventuais dificuldades como algumas reações adversas ou a presença de outras pessoas que desconheciam o diagnóstico na hora da administração da medicação. Além disso, elas procuravam cuidar da própria saúde, seja seguindo uma alimentação mais saudável ou cuidando-se para que não ficassem doentes. Algumas (Regina, Diana) seguiam a recomendação médica de manterem repouso em razão da ameaça de aborto que tiveram, enquanto outras (Patrícia, Valquíria) procuravam se manter bem emocionalmente, pois temiam que uma eventual tristeza pudesse prejudicar seus bebês. O preparo do enxoval também foi um cuidado mencionado por algumas mães (Patrícia, Diana). Todos esses cuidados só ressaltam a idéia de que o vínculo mãe-bebê já havia se estabelecido desde o período intra-uterino, e refletem uma forma de transmissão de afetos e de cuidados visando ao bem-estar do bebê. Todas as mães referiram sentimentos positivos em relação ao bebê e estabeleciam alguma forma de interação com eles durante a gestação, que se dava através de conversas e toques na barriga. Tais interações mãe-feto demonstram o vínculo inicial e favorecem o relacionamento mãe-bebê após o nascimento (Piccinini et al, 2004).

As mães apresentavam diversas expectativas em relação à forma como pretendiam criar e educar seus filhos no futuro. Em geral, na gestação elas disseram que gostariam de estabelecer limites para que o/a filho/a aprendesse o certo e o errado. Algumas (Valquíria, Regina, Diana) desejavam não mimar ou superproteger seus bebês. A influência do HIV/Aids se mostrou presente em alguns relatos (Valquíria e Diana) que ressaltaram preocupações das mães em criar suas filhas de forma que elas fossem mais independentes, para que não sofressem diante de um possível afastamento da mãe em razão do HIV/Aids. Algumas mães (Patrícia, Mônica, Diana) pensavam em contar sobre o HIV/Aids aos seus/suas filhos/as quando estes/as pudessem compreender, para que eles/as mesmos/as pudessem evitar uma possível infecção no futuro. Aliás, com exceção de uma (Valquíria), as demais mães mencionaram preocupações que seus filhos pudessem contrair o HIV/Aids no futuro. A respeito da revelação do diagnóstico ao filho, Cardoso (2006) ressaltou o risco que a manutenção deste segredo pelos pais pode oferecer ao desenvolvimento da criança, mesmo entre as crianças que não são portadoras. Segundo o autor, muitas crianças são privadas da escola ou de situações sociais a fim de se garantir que o segredo diante do diagnóstico dos pais seja mantido. Pode-se pensar que as mães do presente estudo, ao planejarem revelar o

diagnóstico de HIV/Aids aos filhos no futuro, demonstram uma postura mais aberta, que confia a eles a responsabilidade pela informação e pelos seus comportamentos. Tal atitude parental se diferencia do comportamento de isolamento e restrições mencionado pelo autor.

No terceiro mês de vida dos bebês, todas as mães relataram alegrias e satisfações no relacionamento com o filho. Em geral elas passavam o dia em casa com seus bebês e realizavam todas as atividades de cuidados. Além disso, também tinham que realizar as atividades domésticas. As mães disseram que priorizavam os cuidados de seus filhos aos da casa e procuravam fazer as atividades domésticas quando seus bebês estivessem dormindo. Além de todas as atividades de cuidados, como banho, alimentação, troca de fraldas e de roupas, as mães também costumavam conversar, brincar, passear e assistir TV com seus bebês. As mães gostavam mais das atividades em que seus bebês pareciam mais felizes, ou que interagiam mais, como por exemplo, o banho. Novamente, percebe-se que a satisfação com o desenvolvimento do bebê, a identificação de suas respostas e de suas habilidades levam a mãe a se engajar nas interações com o/a filho/a, repercutindo em uma sintonia mútua nas interações (Brazelton, 2002).

Por outro lado todas as mães disseram que dar a medicação ao bebê era a atividade que menos gostavam de fazer, pois estes reagiam mal, conforme mencionado acima, e também porque outras pessoas lhes questionavam sobre o motivo do bebê ter que tomar remédio. Este achado vai ao encontro daqueles relatados por Rigoni et al. (*in press*), que referiram a presença de ansiedades das mães diante da possibilidade de revelação do diagnóstico e do conseqüente temor do preconceito, o que pode tornar este momento ainda mais difícil.

Todas as mães do estudo interagiam e gostavam de se comunicar com seus bebês. Elas conseguiam entender o que eles queriam comunicar através de suas reações, principalmente dos diferentes tipos de choro. Todas mencionaram que buscavam atender prontamente seus bebês sempre que estes solicitavam, mostrando-se sensíveis às suas necessidades. As mães pareciam ter vivenciado o estado de *preocupação materna primária*, descrito por Winnicott (1987). Isso porque elas conseguiam se identificar com as necessidades de seus bebês, atendendo-os e, dessa forma, proporcionando um ambiente seguro para o desenvolvimento. Apenas uma mãe (Regina), em determinados momentos, pareceu não demonstrar muita sensibilidade a algumas necessidades de seu bebê devido a sua própria ansiedade.

No entanto, nestes primeiros meses de vida dos bebês foram também relatadas pelas mães algumas dificuldades que recaíam sobre o relacionamento entre elas e seus bebês. Todas mencionaram alguma ansiedade diante da separação de seus filhos. Algumas mães (Mônica, Regina) não gostavam de deixar seus bebês com outras pessoas por medo de que eles não

fossem receber os cuidados adequados, mesmo que estivessem com pessoas em quem confiassem. Já outras (Patrícia, Valquíria, Diana) iriam trabalhar em breve e estavam ansiosas com a saudade que sentiriam de seus bebês. Embora não tenha sido unanimidade entre essas mães, algumas parecem corroborar os achados de Gonçalves (2007), que identificou preocupações intensas em mães portadoras de HIV/Aids com bebês de três meses acerca dos momentos de afastamento de seus filhos, já que temiam que eles não fossem receber os devidos cuidados. No entanto, embora presente, neste estudo é difícil estabelecer o quanto tais preocupações foram intensificadas pelo HIV/Aids, pelas características da própria mãe, ou pelas ansiedades inerentes à maternidade e às relações iniciais entre mãe e bebê. Para tanto é importante que novos estudos utilizem um grupo de comparação de gestantes sem HIV/Aids, o que permitirá que estas questões sejam esclarecidas.

A influência do HIV/Aids no relacionamento mãe-bebê se mostrou de forma variada entre as mães do presente estudo. Uma delas (Patrícia) referiu que as complicações de seu parto aumentaram o seu medo de que o bebê pudesse ter sido infectado e, por isso, nas primeiras semanas protegia excessivamente o filho. Outra mãe (Valquíria) ficava triste quando precisava mentir para que o HIV/Aids não fosse revelado, mas fazia isso para evitar que sua filha sofresse preconceito no futuro. Já outra mãe (Regina) alimentava excessivamente seu bebê por achar que ele sentia fome e não estava bem nutrido por não receber o leite materno. Embora essas manifestações tenham sido particularidades de alguns destes casos, demonstram possíveis efeitos negativos da infecção pelo HIV/Aids sobre o relacionamento mãe-bebê, como é o caso da superproteção relatada por algumas dessas mães. Tal comportamento já havia sido descrito entre as mães portadoras de HIV/Aids por Gonçalves (2007), que referiu a presença de cuidados intensos destas mães com seus bebês, e também por D'Auria et al. (2006), ao referir o senso de urgência dessas mães em se manterem próximas de seus filhos, o que pode estar relacionado à ameaça de perda ou morte do/a filho/a. Cabe ressaltar que por terem sido situações particularidades, é provável que o HIV/Aids esteja sendo um agravante em um contexto onde já há uma ansiedade materna pré-existente.

Sintetizando-se as semelhanças entre os casos a partir dos três eixos de análise, é possível constatar que a infecção pelo HIV/Aids agregou ansiedades específicas àquelas já presentes na vivência da maternidade, no desenvolvimento do bebê e no cotidiano de relacionamentos entre mãe e bebê. No entanto, entre a maioria das mães prevaleceu a realização com a maternidade, a alegria diante do crescimento e desenvolvimento saudável dos filhos, além das satisfações oriundas dos momentos de interação com o bebê. Neste sentido, é possível considerar que a maioria dos casos refletia uma relação mãe-bebê saudável

e repleta de afetos, o que nos leva a pensar que o HIV/Aids, embora agregue dificuldades, não parecia afetar negativamente a qualidade da relação mãe-bebê. No entanto, ele pode ser um fator de risco quando outras situações adversas podem estar presentes, como é o caso de intensa ansiedade e insegurança de uma mãe diante da função materna. No mais, cabe ressaltar que muitos fatores podem amenizar o impacto da infecção pelo HIV/Aids, oferecendo uma influência positiva no estabelecimento de uma relação mãe-bebê saudável, ou mesmo prejudicando esta relação quando da sua ausência. Entre estes, destacou-se no presente estudo o apoio que as mães recebiam do pai do bebê e de suas famílias, o desejo pré-existente de um filho, o relacionamento positivo entre essas mães e suas próprias mães/cuidadoras, a ausência de sintomas físicos da infecção pelo HIV/Aids, o acesso ao tratamento profilático da transmissão materno-infantil e a um acompanhamento pré-natal especializado no atendimento de gestantes com HIV/Aids.

Considerações Finais

Em geral, os achados do presente estudo indicaram satisfações das mães quanto à maternidade, ao desenvolvimento do bebê e ao relacionamento mãe-bebê desde a gestação até o terceiro mês de vida do/a filho/a. No entanto a influência do HIV/Aids se mostrou presente, agregando algumas dificuldades no processo de maternidade e de estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê, que por si só é repleto de mudanças, adaptações e ansiedades. Entre essas dificuldades destaca-se a preocupação com a transmissão do vírus ao bebê, o medo do preconceito diante de uma possível revelação do diagnóstico, a frustração por não amamentar, além da preocupação com a adaptação do bebê ao leite industrializado e ao tratamento medicamentoso. Acrescentam-se a essas algumas preocupações direcionadas ao futuro, como a revelação do diagnóstico ao/a filho/a e o temor de que este/a possa se infectar em seus próprios relacionamentos. Apesar destas dificuldades, constatou-se que, de uma forma geral, fatores como a realização com a maternidade, a percepção de um desenvolvimento e crescimento saudável do bebê desde a gestação, os cuidados e interações intra-útero e durante o primeiro trimestre de vida prevaleceram nos relatos das mães e indicaram o estabelecimento de uma relação mãe-bebê cercada de afetos e proteção, o que favorece um posterior desenvolvimento infantil saudável. Cabe ressaltar que, apesar das diferenças observadas entre as mães, principalmente quanto à idade e ao momento de vida, muitas foram as semelhanças evidenciadas, o que possibilita pensar que as ansiedades e as satisfações verificadas entre essas mães são plausíveis de serem evidenciadas também em outras mães que vivenciam contextos de vida semelhantes às da presente pesquisa.

Este estudo usou o método qualitativo de pesquisa, que permitiu conhecer as expectativas, sentimentos e os significados que as mães portadoras de HIV/Aids atribuíam à vivência da maternidade, ao desenvolvimento do bebê e ao relacionamento mãe-bebê. O uso do método qualitativo também possibilitou identificar as semelhanças e as particularidades entre os casos, favorecendo o enriquecimento acerca da compreensão da relação mãe-bebê no contexto da infecção materna pelo HIV/Aids. No entanto, é importante que estudos posteriores também possam se utilizar de sessões de observação das interações mãe-bebê, a fim de se verificar se os relatos das mães são corroborados pelos comportamentos manifestos durante os momentos de interação. Além disso, sugere-se que outros estudos possam incluir também mães sem HIV/Aids, a fim de se estabelecer comparações e se identificar melhor a extensão da influência da infecção pelo HIV/Aids sobre as dimensões examinadas no presente estudo.

Por se tratar de um estudo de caráter longitudinal, foi possível conhecer o processo de transição para a maternidade e de constituição do vínculo mãe-bebê. Isso permitiu que se estabelecessem comparações dentro dos próprios casos e, também, entre os mesmos. Seria importante o seguimento deste estudo, a fim de se investigar possíveis mudanças na relação mãe-bebê após o diagnóstico definitivo do bebê e uma maior convivência com a criança. Os achados indicaram uma visão positiva deste relacionamento nestes momentos iniciais, contudo, é possível que com o passar dos anos temores maternos frente à possibilidade de sua própria morte possam afetar de algum modo a relação mãe-criança. No entanto, os dados do presente estudo não oferecem esclarecimentos sobre esta questão e novas pesquisas são necessárias.

É importante ressaltar que o contexto social vivido pelas mães desse estudo era marcado por uma certa estabilidade. Elas se sentiam apoiadas pelo pai do bebê e pelas suas famílias, e todas apresentavam uma história de relações positivas com a própria mãe ou com um cuidador. Apesar da maioria dessas mães ser de nível sócio-econômico baixo, elas não mencionaram maiores dificuldades financeiras. Além disso, elas não apresentavam sintomas de Aids e tiveram acesso a informações, a um acompanhamento pré-natal especializado e ao tratamento profilático da transmissão materno-infantil do HIV/Aids. Sabe-se que tais características representam apenas uma parte da população de mães portadoras de HIV/Aids. Assim, é importante a realização de mais investigações sobre a relação mãe-bebê considerando contextos ainda não explorados.

Constata-se que, em meio às satisfações e afeto presentes na relação mãe-bebê das participantes deste estudo, muitas ansiedades relativas ao HIV/Aids foram evidenciadas, principalmente diante da notícia da gestação ou da própria infecção, da impossibilidade de

amamentar e da possível transmissão do vírus ao bebê. Diante disso, é importante a mobilização de profissionais das equipes de saúde que atendem mães com HIV/Aids para que haja um acolhimento especial e uma adequada transmissão de informações, o que trará uma contribuição relevante para a transição para a maternidade e para as relações iniciais com o bebê. A inclusão do parceiro ou da família nos atendimentos a essas mães também se faz importante no fortalecimento da sua rede de apoio. Além disso, intervenções psicológicas podem favorecer que ansiedades intensas sejam amenizadas e que as mães possam propiciar e desfrutar de uma relação mãe-bebê afetiva e saudável, gerando um impacto positivo sobre o desenvolvimento infantil e, inclusive, na adesão ao tratamento da própria mãe e do bebê.

REFERÊNCIAS

- Ayres, J. R., França Jr., I., Calazans, G., & Saletti Fo., H. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In R.M. Brabosa & R. Parker (Eds.), *Sexualidades pelo avesso. Direitos, identidades e poder* (pp. 49-72). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- Barbosa, R. E. S. (2001). *Mulheres, Reprodução e Aids: As tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+*. Unpublished doctoral dissertation, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.). São Paulo: Edições 70/Livraria Martins Fontes.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliot, R. (1994). *Research methods in clinical and counselling psychology*. England: Wiley.
- Bauman, L. J., Camacho, S., Silver, E. J., Hudis, J., & Draimin, B. (2002). Behavioral problems in school-aged children of mothers with HIV/AIDS. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7 (1), 39-54.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura. Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brasil, Ministério da Saúde (1999). *Manual de controle das DST*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS.
- Brasil, Ministério da Saúde (2006a). *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS.
- Brasil, Ministério da Saúde (2006b). *Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS.
- Brasil, Ministério da Saúde (2007). *Boletim Epidemiológico AIDS/DST*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS.
- Brazelton, T. B. (2002). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brito, A. M., Castilho, E. A., & Szwarcwald, C. L. (2001). Aids e infecção pelo HIV no Brasil: Uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34 (2), 207-217.

- Busnel, M. C. (2002). A sensorialidade do feto. In L. Corrêa Fo., M.E.G. Corrêa, & P.S. França (Eds.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os três anos. Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 205-214). Brasília: L.G.E. Editora Ltda.
- Bydlowski, M. (2002). O olhar interior da mulher grávida: Transparência psíquica e representação do objeto interno. In L. Corrêa Fo., M. E. G. Corrêa, & P. S. França (Eds.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os três anos. Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 205-214). Brasília: L.G.E. Editora Ltda.
- Bydlowski, M. & Golse, B. (2002). Da transparência psíquica à preocupação materna primária: Uma via de objetualização. In L. Corrêa Fo., M. E. G. Corrêa, & P. S. França (Eds.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os três anos. Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 215-220). Brasília: L.G.E. Editora Ltda.
- Calazans, G. J., Saletti Fo., H. C., França Jr., & Ayres, J. R. C. M. (2006). O conceito de vulnerabilidade. In S. M. M. Padoin, C. C. Paula, D. Schaurich, & V. A. Fontoura (Eds.), *Experiências interdisciplinares em Aids. Interfaces de uma epidemia* (pp. 43-61). Santa Maria: Editora UFSM.
- Cardoso, E. M. (2006). Cuidando de crianças com HIV/AIDS. In S. M. M. Padoin, C. C. Paula, D. Schaurich, & V.A. Fontoura (Eds.), *Experiências interdisciplinares em AIDS: Interfaces de uma epidemia* (pp. 173-186). Santa Maria: Editora UFSM.
- Carvalho, F. T. & Piccinini, C. A. (2006). Maternidade em situação de infecção pelo HIV: Um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em Psicologia, 10*(2), 345-355 .
- CFP - Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução nº 016/2000*. Brasília, Distrito Federal: CFP.
- CNS - Conselho Nacional de Saúde (1996). *Resolução nº 196/1996*. Brasília, Distrito Federal: CNS.
- D'Auria, J. P., Christian, B. J., & Miles, M. S. (2006). Being there for my baby: Early responses of HIV-infected mothers with an HIV-exposed infant. *Journal of Pediatric Health Care, 20*, 11-18.
- Fernandes, H. & Horta, A. L. M. (2005). Percepções de alunas de graduação em enfermagem sobre parcerias sorodiscordantes para o HIV/AIDS. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13*, 522-529.
- Ferrari, A.G, Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo, 12* (2), 305-313.

- Forehand, R., Steele, R., Armistead, L., Morse, E., Simon, P., & Clark, L. (1998). The Family Health Project: Psychosocial adjustment of children whose mothers are HIV infected. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66* (3), 513-520.
- Gonçalves, T. R. (2007). *Experiência da maternidade no contexto do HIV/Aids aos três meses de vida do bebê*. Unpublished master's thesis, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, Brasil.
- Hugo, C. N. (2007). *Expectativas e sentimentos de mães portadoras do HIV/Aids frente à recomendação de não-amamentação*. Unpublished master's thesis, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, Brasil.
- Johnson, M. O. & Lobo, M. L. (2001). Mother-child interaction in the presence of maternal HIV infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 12*, 40-51.
- Jones, D. J. Beach, S. R. H., & Forehand, R. (2001). HIV infection and depressive symptoms: An investigation of African American single mothers. *AIDS Care, 13* (3), 343-350.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: ArtMed Editora.
- Kotchick, B.A., Forehand, R., Brody, G., Armistead, L., Simon, P., Morse, E., & Clark, L. (1997). The impact of maternal HIV infection on parenting in inner-city african american families. *Journal of Family Psychology 11*, 447-461.
- Laville, C. & Dione, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas* (H. Monteiro & F. Settineri, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Lebovici, S. (1988). Maternidade. In G. Costa & G. Katz (Eds.), *Dinâmica das relações conjugais* (pp. 41-61). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lopes, R. C. S., Donelli, T. S., Lima, C. M., & Piccinini, C. A. (2005). O antes e o depois: Expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 18* (2), 247-254.
- McIntyre, J. (2003). Mothers infected with HIV. *British Medical Bulletin, 67*, 127-35.
- Maldonado, M. T. P. (1994) *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Petrópolis: Vozes.
- Mäntymaa, M. (2006). *Early mother-infant interaction. Determinants and predictivity*. Unpublished doctoral dissertation, Medical School Tampere University Hospital, Department of Child Psychiatry, University of Tampere, Finland.
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R., Davis, H., Tsiantis, J., Ispanovic-Radojickovic, V., Paradisiotou, A., & Tamminen, T. (2003). Infant-mother interaction as a

- predictor of child's chronic health problems. *Child: Care, Health & Development*, 29 (3), 181-191.
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R. K., & Tamminen, T. (2004). Early mother-infant interaction, parental mental health and symptoms of behavioral and emotional problems in toddlers. *Infant Behavioral & Development*, 27, 139-149.
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R. K., & Tamminen, S. (2006). Mother's early perceptions of her infant's difficult temperament, parenting stress and early mother-infant interaction. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60 (5), 379-386.
- Marques, H. H. S., Latorre, M. R. D. O., Della Negra, M., Pluciennik, A. M. A., Salomão, M. L. M., & Enhancing Care Initiative - ECI - Brazil. (2002). Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, 1998. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 385-392.
- Masiero, N. M. (2006). Cuidados com o recém-nascido. In S. M. M. Padoin, C. C. Paula, D. Schaurich, & V.A. Fontoura (Eds.), *Experiências interdisciplinares em AIDS: Interfaces de uma epidemia* (pp. 161-171). Santa Maria: Editora UFSM.
- Miles, M. S., Burchinal, P., Holditch-Davis, D., & Wasilewski, Y. (1997) Personal, family, and health-related correlates of depressive symptoms in mothers with HIV. *Journal of Family Psychology*, 11, 23-34.
- Moreno, C. C. G. S., Rea, M. F., & Filipe, E. V. (2006). Mães HIV positivo e a não amamentação. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6 (2), 199-208.
- Moura, E. L & Praça, N. S. (2006). Transmissão vertical do HIV: Expectativas e ações da gestante soropositiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (3), 405-413.
- Negra, M. D. (2006). AIDS pediátrica: Aspectos clínicos. In S. M. M. Padoin, C. C. Paula, D. Schaurich, & V. A. Fontoura (Eds.), *Experiências interdisciplinares em AIDS: Interfaces de uma epidemia* (pp. 139-160). Santa Maria: Editora UFSM.
- NUDIF - Núcleo de estudos em Infância e Família (2005a). *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Unpublished instrument.
- NUDIF - Núcleo de estudos em Infância e Família (2005b). *Entrevista sobre a gestação em situação de infecção pelo HIV/Aids*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Unpublished instrument.
- NUDIF - Núcleo de Estudos em Infância e Família (2006a). *Entrevista de dados sócio demográficos da família*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Unpublished instrument.

- NUDIF - Núcleo de estudos em Infância e Família (2006b). *Entrevista sobre maternidade em situação de infecção pelo HIV/Aids*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Unpublished instrument.
- NUDIF - Núcleo de estudos em Infância e Família (2006c). *Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê e a interação mãe-bebê no contexto de infecção materna pelo HIV/Aids*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Unpublished instrument.
- Oliveira, S. B., Mann, C. G., & Oliveira, C. S. S. (2002). *Sexualidade & DST/AIDS: discutindo o subjetivo de forma objetiva*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.
- Oliveira, S. B. & Weinstein, C. (2004). Aids: Duas décadas de epidemia, pandemia, vulnerabilidade social. O que vem depois? In S. Broxado, M. A. Lima, C. Weinstein, & E. Rocha (Eds.), *Manual de prevenção do HIV/AIDS para profissionais de saúde mental* (pp.16-23). Brasília: Ministério da Saúde.
- Pacheco, M. B. D. (2006). Direitos humanos e AIDS: O enfoque da pessoa que vive com HIV. In S. M. M. Padoin, C. C. Paula, D. Schaurich, & V. A. Fontoura (Eds.), *Experiências interdisciplinares em AIDS: Interfaces de uma epidemia* (pp. 13-27). Santa Maria: Editora UFSM.
- Pedro, E. N. R. & Stobäus, C. D. (2003). Vivências e (con)vivências de crianças portadoras de HIV/Aids e seus familiares: Implicações educacionais. *Revista Paulista de Enfermagem*, 22 (1), 62-71.
- Peterson, N. J., Drotar, D., Olness, K., Guay, R., & Kiziri-Mayengo, R. (2001). The relationship of maternal and child HIV infection to security of attachment among ugandan infants. *Child Psychiatry and Human Development*, 32, 3-17.
- Piccinini, C. A., Carvalho, F. T., Ramos, M. C., Gonçalves, T. R., Lopes, R. C. S., Hugo, C. N., Almeida, S., & Rossetti, M. L. (2005). *Aspectos psicossociais, adesão ao tratamento e saúde da mulher no contexto do HIV/Aids: Contribuições de um programa de intervenção da gestação ao segundo ano de vida do bebê*. UFRGS/CEARGS/CDCT, Porto Alegre. Unpublished project.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação a seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (3), 223-232.
- Piccinini, C. A., Moura, M. L. S., Ribas, A. F. P., Bosa, C. A., Oliveira, E. A., Pinto, E. B., Schermann, L., & Chahon, V. L. (2001). Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, 469-485.

- Pluciennik, A. M. A. (2003). Prevenção da transmissão materno-infantil do HIV: É mais caro identificar do que tratar a gestante soropositiva. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49, 12-12.
- Porter, C. L. & Hsu, H. C. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17 (1), 54-64.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: A história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Regato, V. C. & Assmar, E. M. L. (2004). A AIDS de nossos dias: Quem é o responsável? *Estudos de Psicologia*, 9, 167-175.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14(2), 262-267.
- Rigoni, E., Pereira, E. O. D. S., Carvalho, F. T. C., & Piccinini, C. A. (in press). Sentimentos de mães portadoras de HIV/Aids em relação ao tratamento preventivo do bebê. *Psico USF*.
- Rochat, T. J., Richter, L. M., Doll, H. A., Buthelezi, N. P., Tomkins, A., & Stein, A. (2006). Depression among pregnant rural south african women undergoing HIV testing. *Journal of the American Medical Association*, 295, 1376-1378.
- Santos, N. J. S., Buchalla, C. M., Fillipe, E. V., Bugamelli, L., Garcia, S., & Paiva, V. (2002). Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Pública*, 36, 12-23.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C., & Tróccoli, B. T. (2005) Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 188-195.
- Siegel, K., & Lekas, H. M. (2002). AIDS as a chronic illness: Psychosocial implications. *AIDS*, 16, 69-76.
- Stake, R. E. (1994). Case studies. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247). Londres: Sage.
- Stein, A., Krebs, G., Richter, L., Tomkins, A., Rochat, T., & Bennish, M.L. (2005). Babies of a pandemic. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 116-118.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade. O panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer, M. (2002). Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. In L. Corrêa Fo., M. E. G. Corrêa, & P. S. França (Eds.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os três anos. Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 299-323). Brasília: L.G.E. Editora Ltda.

- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher: Uma aproximação psicanalítica da gravidez ao nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Szwarcwald, C. L. & Souza Jr., P. R. B. (2006). Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. In Brasil, *Boletim Epidemiológico 2006* (pp. 11-15). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS.
- Unaid - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2007). *2007 AIDS epidemic update*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS - World Health Organization.
- Völker, S. (2005). Young infants' vocalizations towards mother versus stranger: associations with the infant-mother relationship. *Infant and Child Development*, 14 (5), 459-477.
- Wesley, Y., Smeltzer, S. C., Redeker, N. S., Walker, S., Palumbo, P., & Whipple, B. (2000). Reproductive decision making in mothers with HIV-1. *Health Care for Women International*, 21 (4), 291-304.
- Winnicott, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott (2000), *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas* (pp.399-405). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1987). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1990). *O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Yale, M. E., Messinger, D. S., Cobo-Lewis, A. B., & Delgado, C. F. (2003). The temporal coordination of early infant communication. *Developmental Psychology*, 39 (5), 815-824.

Anexo A

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Centro de Estudos de AIDs e DST do Rio Grande do Sul
Hospital Nossa Senhora da Conceição**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (NUDIF, 2005)
(Versão para a Mãe)**

Projeto: Aspectos Psicossociais, Adesão ao Tratamento e Saúde de Mães com HIV/AIDS: Da Gestação ao Segundo Ano de Vida do Bebê

Nome resumido : Maternidade e Saúde da Mulher

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa, que tem por objetivo caracterizar aspectos psicossociais e a adesão ao tratamento para HIV/AIDS de mães e seus bebês.

Ao participar, você realizará os procedimentos descritos abaixo:

- Responderá a questionários sobre qualidade de vida, apoio social, depressão, apego mãe-feto e adesão ao tratamento para HIV/AIDS.
- Responderá a entrevistas sobre a maternidade, que deverão ser gravadas.
- Filmagem da tua interação com o bebê.
- Fará coletas de sangue, para exames de Carga Viral, CD4 e Genotipagem Viral.

Esses procedimentos serão realizados com você em encontros durante a gestação, logo após o parto, aos três, doze e dezoito meses de seu bebê. Além disso, seu bebê passará por procedimentos de exames de Carga Viral, Genotipagem Viral e Teste Anti-HIV logo após o nascimento, aos três e dezoito meses de vida. Todos os resultados de exames serão entregues à equipe que atende a você e seu bebê.

Os resultados do estudo servirão para aumentar os conhecimentos sobre a maternidade, sobre a saúde da mulher, sobre o tratamento para HIV/AIDS, a fim de ajudar as mulheres e bebês que vivem esta experiência. As informações desse estudo poderão servir para beneficiar seu tratamento e de seu bebê. Além disso, os dados de entrevista e as coletas de sangue poderão ser utilizados posteriormente para novas análises. Os dados de entrevista ficarão armazenados no Instituto de Psicologia da UFRGS e as coletas de sangue serão armazenadas no Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do RS e no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

A tua participação é voluntária e gratuita. O projeto contribuirá com as despesas de deslocamento para as entrevistas e demais procedimentos.

Assim, pelo presente Consentimento, eu _____ declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa. Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao atendimento dispensado na minha instituição de atendimento. Entendo que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade.

Concordo em participar deste estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente de pesquisa e publicações científicas a utilização das informações prestadas.

No caso de dúvidas e esclarecimentos sobre a pesquisa, o telefone de referência é 51 91534062. O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é o Dr. Cesar Augusto Piccinini, que poderá ser contatado pelo Tel: 3316 5058. Também poderá ser contatado o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, Dr. Júlio Baldisserotto, pelo Tel: 33572407.

Data: / /

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Anexo B

Entrevista de dados sócio-demográficos da família
(NUDIF, 2006 adaptada de GIDEP, 1998)

Eu gostaria de ter mais algumas informações sobre você e o seu marido/companheiro/namorado:

Informações sobre a Gestante:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Escolaridade (ano concluído): _____

Religião: _____ Praticante: () sim () às vezes () não

Estado civil: () casada () separada () solteira () viúva () com companheiro(a) () c/namorado

Moras com o pai do bebê? () sim () não. Desde quando? _____

Quem mais mora na casa? _____

Quantas peças possui a casa? _____

Tu divides o quarto com alguém? () sim () não (). Com quem? _____

A casa possui água encanada? () sim () não Banheiro? () sim () não Luz elétrica? () sim () não

Há outros moradores no terreno? () sim () não. Quem? _____

Tu trabalhas fora? () sim () não () desempregada. Desde quando? _____

O que tu fazes(ias)? _____ Horas/semana: _____

Alguém lhe ajuda com () dinheiro () comida () roupas () remédios (). Quem? _____

Grupo étnico: _____

É a tua primeira gravidez? _____ (Se não for) Tens outros filhos? _____

Com quantos meses tu estás de gestação? _____

Como está a tua saúde durante a gravidez? _____

Há quanto tempo tens HIV? _____

Tomas algum tipo de medicação? Qual? Desde quando? _____

Informações sobre o pai do bebê:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Escolaridade (ano concluído): _____

Religião: _____ Praticante: () sim () às vezes () não

Ele trabalha fora? () sim () não () desempregado Desde quando? _____

O que ele faz(ias)? _____ Horas/semana: _____

Grupo étnico: _____

Tem outros filhos? _____

Endereço para contato:

Endereço: _____ Ponto de referência: _____

Cidade: _____ Vale-transporte que utiliza: _____

Telefone: _____

Telefone do emprego da gestante/contato: _____

Telefone do emprego do marido/contato: _____

Telefone de parente/amigo para contato: _____

Data da entrevista: _____

Anexo C

Entrevista sobre a gestação em situação de infecção pelo HIV (Nudif, 2005b)

1. Eu gostaria que tu falasses sobre a tua gravidez, desde o momento em que tu ficaste sabendo, até agora.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Esta é a tua primeira gravidez? Tu esperavas ficar grávida?
- Como te sentiste, ao receber a notícia da gravidez?
- Como te sentiste no início da gravidez, em termos físicos e emocionais?
- Tu tens alguma preocupação em relação à gravidez e ao bebê?
- Tu tens alguma preocupação em relação ao parto?
- Como está a tua saúde, desde o início da gravidez até agora?
- Quando tu começaste o teu acompanhamento pré-natal? Como tem sido?
- Já fizeste alguma ecografia? Como foi este momento?
- Como estás te sentindo, em relação às mudanças do teu corpo?
- Como está sendo para ti ter o vírus neste momento da tua gravidez?

2. Eu gostaria que tu falasses sobre como foi que o HIV entrou na tua vida.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Há quanto tempo tu tens o vírus?
- Qual foi a provável forma de infecção?
- Como foi receber a notícia da infecção pelo HIV? Tu imaginavas o diagnóstico positivo? Como te sentiste?
- Na ocasião, tu tinhas algum companheiro? Como foi a reação dele? Ele também tinha a infecção?
- Aquele teu companheiro é o atual pai do bebê?
- (Se sim):* Como o HIV tem afetado a vida dele? E a relação de vocês?
- (Se não é o mesmo):* O pai do bebê também tem a infecção? Como o HIV tem afetado a vida dele? E a relação de vocês?
- E a tua família sabe que tu tens o vírus?
- (Em caso afirmativo):* Como foi a reação dos teus familiares frente à notícia?
- A relação com a tua família foi afetada pelo fato de tu teres HIV? Em que foi afetada? Como te sentiste?
- (Em caso negativo):* Tu pensas contar para eles? O que tu espera deles?
- O que mudou na tua vida com o diagnóstico positivo para HIV?
- Quanto o HIV tem afetado a tua vida?
- (Se já tinha o vírus antes de engravidar):*
- Como foi para ti engravidar sabendo que tinha o vírus? Como te sentiste?
- O fato de saber do vírus influenciou a tua vontade de ser mãe? Como influenciou?
- (Se não sabia do vírus antes de engravidar):*
- Como foi para ti estar grávida e ficar sabendo do vírus? Como tu te sentiste?
- O fato de saber do vírus influenciou a tua vontade de ser mãe? Como influenciou?
- Que informações tu tens sobre HIV/Aids? Como obtivestes essas informações?

3. Tu poderias me contar como tem sido para o pai do bebê, desde que ele soube da gravidez até agora?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como ele reagiu à notícia da gravidez?
- Tu achas que a gravidez mudou alguma coisa nele? E no relacionamento de vocês?
- Ele tem alguma preocupação em relação à gravidez e ao bebê?
- Ele tem te oferecido algum tipo de apoio?
- (Se já sabia do vírus antes de engravidar):*
- Como foi para ele te ver grávida sabendo do vírus? O que ele te dizia?
- O fato de saber do vírus influenciou a vontade dele ser pai? Como influenciou?

(Se não sabia do vírus antes de engravidar):

- Como foi para ele te ver grávida e ficar sabendo do vírus? O que ele te dizia?

4. Tu poderias me contar um pouco sobre a reação da tua família à notícia da tua gravidez?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Tua família sabia sobre o HIV no momento da notícia da gravidez? Alguém mais sabia?

- E como foi a reação da família do pai do bebê?

(Se tiver outros filhos): E os teus filhos, como reagiram a tua gravidez?

- E os teus amigos? Como eles reagiram à tua gravidez?

- Algum familiar (ou amigo, ou profissional) tem te ajudado durante a gravidez?

- Quem tu esperas que vá te ajudar?

- Tu acreditas que o fato de tu teres o vírus afetou de alguma forma a reação dos familiares a tua gestação?

5. Agora eu gostaria que tu me falasses sobre o teu bebê.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- O que tu já sabes sobre o bebê?

(Se já sabe o sexo): Como te sentiste quando soubeste que era menina/menino? E como o pai do bebê se sentiu?

(Se não sabe o sexo): Tu gostarias que fosse menina ou menino? Por quê? E o pai do bebê?

- Vocês já pensaram num nome para o bebê? Quem escolheu? Algum motivo para a escolha do nome?

- Tu sentes o bebê se mexer? Desde quando? Como foi?

- Tu costumavas tocar tua barriga ou falar com o bebê? O que mais tu fazes? Como tu te sentes?

- E o pai do bebê, interage com ele?

- Considerando que tu tens o vírus do HIV, quais as tuas preocupações com o teu bebê? Como te sentes?

- Tu estás fazendo alguma coisa para prevenir a infecção de teu bebê pelo vírus? O quê?

6. Como tu imaginas que vai ser o bebê quando nascer?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Que características físicas tu imaginas que o bebê vai ter?

- Como tu imaginas que vai ser o temperamento, o jeito dele? Por quê?

- Com quem tu achas que o bebê vai ser parecido? Por quê?

- Como tu achas que vai ser, caso o teu filho tenha um resultado positivo para HIV?

- E como vai ser se ele tiver resultado negativo?

7. Como tu imaginas o teu relacionamento com o bebê quando ele nascer?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como tu te imaginas sendo mãe deste teu filho? O que esperas dessa nova experiência?

- Como tu estás te sentindo como mãe neste momento?

- Tu estás tendo alguma dificuldade?

- Como tu descreverias uma boa mãe?

- Tu pensas em alguém como modelo de mãe? Quem seria?

- Como ela é/era como mãe?

- Tu evitas algum modelo de mãe que tu já conheceste?

- E a tua mãe, como ela era contigo? O que tu lembra?

- Tu achas que o teu jeito de cuidar do teu filho vai ser parecido ou diferente do dela?

- E o teu pai, como ele era contigo? O que tu lembra?

- Tu achas que o teu jeito de cuidar do teu filho vai ser parecido ou diferente do dele?

- Como tu te imaginas atendendo o teu bebê? (ex. alimentando, consolando, brincando, fazendo dormir)

- Como tu te imaginas lidando com o bebê quando ele chorar (não quiser dormir, recusar-se a se alimentar)?

- Tu achas que ter o vírus HIV afeta a maternidade? O quê? Como te sentes?

8. O que tu já pensaste sobre a alimentação do teu bebê quando ele nascer?

(Caso tenha mencionado a intenção de amamentar ao seio):

(Tu sabes que os médicos recomendam que as mães com HIV não devem amamentar ao seio para evitar que o bebê contraia o vírus pelo leite da mãe? Neste caso, todas as mães recebem o leite em pó especial e você vai ser instruída pela equipe médica a não amamentar).

- Tu já sabias disto?

(Se não sabia que não deve amamentar ao seio)

- Como tu te sentes ao saber que não poderás amamentar o teu bebê ao seio?
 - Você tem alguma preocupação em relação à alimentação do teu bebê?
 - Como tu imaginas que será alimentar o teu bebê com a mamadeira? Como te sentirás nestes momentos?

- E se o bebê não quiser tomar a mamadeira, com tu vai lidar com isto?

- Tu achas que alguém poderá te ajudar na alimentação do bebê? Quem será? Em que ele/ela poderá ajudar?

- Na tua família, as mulheres costumam amamentar? Elas sabem que tu não poderás amamentar?

(Se tiver outros filhos): Como foi a tua experiência de alimentação com teus outros filhos?

(Se já sabia que não deve amamentar ao seio):

- Como foi receber a notícia de que não poderás amamentar ao peito? Quem te contou? Como te sentiste?

- Você tem alguma preocupação em relação à alimentação do teu bebê?

- Como tu imaginas que será alimentar o teu bebê com a mamadeira? Como te sentirás nestes momentos?

- E se o bebê não quiser tomar a mamadeira, com tu vai lidar com isto?

- Tu achas que alguém poderá te ajudar na alimentação do bebê? Quem será? Em que ele/ela poderá ajudar?

- Na tua família, as mulheres costumam amamentar? Elas sabem que tu não poderás amamentar?

(Se tiver outros filhos): Como foi a tua experiência de alimentação com teus outros filhos?

9. O quanto tu achas que o bebê irá mudar a tua vida e a do pai do bebê?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Em que aspectos tu pensas que ocorrerão mudanças?

- Como tu achas que vais te sentir com estas mudanças?

- E quanto ao relacionamento de vocês dois? O quanto será afetado pelo nascimento do bebê? Em que aspectos?

- Como tu achas que vais te sentir com estas mudanças?

10. O que tu esperas para teu/tua filho/a no futuro?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como tu imaginas que vais criar o teu filho(a)?

- Quais as tuas preocupações em relação ao teu filho(a)?

- O que tu não gostarias para ele(a)?

- Como tu achas que o vírus vai afetar a tua relação com a tua criança?

11. Tu gostarias de fazer mais algum comentário sobre os pontos que a gente conversou?

Anexo D

Entrevista sobre maternidade em situação de infecção pelo HIV/Aids (NUDIF, 2006, adaptada de GIDEP/NUDIF- UFRGS- 2003) (Primeiro Trimestre de Vida do Bebê)

1. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre como está sendo a experiência de ser mãe.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como tu estás te sentindo como mãe?
- Tu tens sentido alguma dificuldade?
- Tu tens alguma preocupação em relação ao bebê? E em relação a ti?
- Tu imaginavas que seria assim?
- Como te descreverias como mãe?
- Como tu achas que as pessoas te vêem como mãe?
- Existe algum modelo de mãe que tu segues? Quem? Por quê?
- Existe algum modelo de mãe que tu evita? Quem? Por quê?
- Como a tua mãe (ou outro cuidador) te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras?
- E o teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dela?
- Como está sendo para ti ser portadora do HIV e ser mãe, neste momento?
- Tu achas que isso afeta a tua maternidade de alguma forma? Como te sentes com isso?

2. Eu gostaria que tu me contasses como foi o parto.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como tu te sentiste em relação ao tipo de parto? Era o que tu querias?
- Foi como tu tinhas imaginado? *(Se não)* O que foi diferente?
- (Se foi parto normal)* Como foi quando tu começaste a sentir as dores? Alguém te ajudou?
- (Se foi parto cesáreo)* Como foi a preparação para a cesárea? Alguém te ajudou?
- Alguém te acompanhou no momento do parto? Em que momentos? Tu te sentiste apoiada por esta pessoa durante o parto?
- Que tipo de apoio esta pessoa te ofereceu?
- Durante o parto, como te sentiste? Houve alguma dificuldade?
- Como foi feita a prevenção da infecção pelo HIV no bebê durante o parto? Como te sentiste?
- Como tu sentiste em relação ao atendimento dos profissionais no teu parto?
- Que preocupações tu tiveste em relação a ti durante o parto? E em relação ao bebê?
- Tu lembras de alguém que te ajudou no parto?
- (Em caso afirmativo):* Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como te sentiste?
- Tu lembras de alguém que não te ajudou ou te atrapalhou na hora do parto?
- (Em caso afirmativo):* Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como te sentiste?
- Como foi ver o bebê pela primeira vez? Como te sentiste?
- Como te sentiste como mãe após o nascimento do bebê?
- Tu podias me contar um pouco sobre os dias que tu ficaste no hospital após o bebê nascer? Por quanto tempo o bebê ficava contigo no quarto? Como foi a tua recuperação?
- Tu achas que a tua experiência de parto foi afetada pelo fato de tu seres portadora do HIV?
- (Se sim):* Em que afetou? Como te sentes?

4. Eu gostaria que tu me falasses como foram os primeiros dias com o bebê, depois que tu saíste do hospital.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Foi como tu imaginavas? O que te agradou e desagradou?
- Como te sentiste como mãe nos primeiros dias com o bebê?
- Que preocupações tiveste em relação a ti como mãe nesses primeiros dias? E em relação ao bebê?
- Tu lembras de alguém que te ajudou nos primeiros dias após o nascimento?
- (Em caso afirmativo):* Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como te sentiste?
- Tu lembras de alguém que não te ajudou ou que te atrapalhou nesses primeiros dias?
- (Em caso afirmativo):* Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como te sentiste?
- E o teu companheiro? Ele te apoiou nesses primeiros dias do bebê?

- Alguma coisa mudou no jeito dele nos primeiros dias após o nascimento do bebê? E no relacionamento de vocês?

- Como foi o apoio da tua mãe e do teu pai nesses primeiros dias? E dos pais do teu companheiro?

5. Eu gostaria que tu me falasses como tu estás vendo o pai do bebê/companheiro como pai.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como ele reagiu ao nascimento do bebê?

- Como é o jeito dele lidar com o bebê?

- Como tu achas que ele está sendo como pai?

- Era como tu imaginavas? *(Se não era)* O que está diferente?

- Que tipo de apoio ele tem te oferecido? Tu solicitas algum tipo de ajuda dele? Como ele reage?

- Tu achas que o fato de tu seres portadora do HIV tem afetado ele como pai?

- Como tem sido a relação de vocês desde o nascimento do bebê?

- O quanto tu achas que a infecção pelo HIV tem afetado a relação de vocês?

6. Como está a tua relação com a família desde que o bebê nasceu?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como foi a reação da tua família ao nascimento do bebê? E dos teus amigos?

- Tu achas que o fato de tu seres portadora do HIV afetou de alguma forma a tua relação com os teus familiares depois que o bebê nasceu?

7. Tu gostarias de acrescentar alguma coisa a tudo isso que a gente conversou?

Anexo E

Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê e a interação mãe-bebê no contexto da infecção materna pelo HIV/Aids

(NUDIF, 2006, adaptada de GIDEP/NUDIF- UFRGS- 2003)

(Primeiro trimestre de vida do bebê)

1. Eu gostaria que tu me falasses sobre o bebê nestes primeiros três meses.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como está o desenvolvimento/crescimento do bebê?
 - Tu percebes que teu bebê já faz mais coisas agora do que quando ele nasceu? Que coisas?
 - Como tu te sentes com essas novas aquisições do teu bebê?
 - O que ele/a já é capaz de fazer que te chama mais a atenção (quais as suas habilidades)?
 - Como tu descreverias o jeito do teu bebê?
 - Era como tu imaginavas? *(Se não era)* O que está diferente?
 - Com quem tu achas que ele(a) é parecido (física e emocionalmente)? Era como tu imaginavas?
- Como te sentes com isto?
- Tu achas que o fato de tu seres portadora do HIV afetou estes primeiros meses com o bebê? Como te sentes?

2. Eu gostaria que tu me falasses sobre o teu dia-a-dia com o bebê.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como é lidar com o teu bebê no dia-a-dia? Alguma coisa é mais fácil e mais difícil com ele?
 - Era como tu imaginavas? O que está diferente?
 - Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados do bebê? Como te sentes com isso?
 - Tens tido alguma dificuldade nos cuidados com o bebê? Quais?
 - Que coisas tu mais gostas de fazer com ele/a? Por quê?
 - Que coisas tu menos gostas de fazer com ele/a? Por quê?
 - Que coisas tu sentes que ele/a mais gosta de fazer? Como tu percebes?
 - Que coisas tu sentes que ele/a menos gosta de fazer? Como tu percebes?
 - Onde o bebê passa a maior parte do tempo?
 - (Se fica com a mãe):* Como te sentes ficando a maior parte do tempo junto do teu bebê?
 - (Se fica com outra pessoa):* Qual o motivo dele(a) ficar neste lugar? Desde quando ele fica lá?
- Quanto tempo por dia ele(a) fica lá? Como te sentes com isso?
- Como te sentes com outra(s) pessoa(s) cuidando do bebê?
 - O que te agrada? O que te incomoda?
 - Como esta(s) pessoa(s) são com ele(a)?
 - Como o teu bebê reagiu no início quando outra(s) pessoa(s) ficava(m) como ele? E hoje, como ele(a) reage? Como te sentes com isso?
 - Como tem sido para ti os momentos em que tu ficas longe do bebê? Como tu imaginas que é para o bebê ficar longe de ti? E quando vocês se reencontram?
 - Tu achas que o fato de tu seres portadora do HIV tem afetado o teu dia-a-dia com o bebê? De que forma? Como te sentes?

3. Eu gostaria que tu me falasses sobre a saúde do bebê, desde o nascimento até agora.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Ele(a) apresentou algum problema de saúde neste período? Qual foi? (Ex: cólicas, dores de ouvido, garganta...)
- Quando isso aconteceu? Que cuidados exigiu? Como foi isso para ti?
- Ele(a) sofreu algum acidente? Como foi a reação dele(a)? Que cuidados exigiu? Como te sentiste?
- Como foi para ti fazer os procedimentos de prevenção da infecção com o xarope?
- Além do AZT xarope, o bebê fez ou está fazendo algum outro procedimento de prevenção?
- O bebê está fazendo acompanhamento com um(a) pediatra especialista em HIV? Como é a tua relação com o médico?
- O bebê já fez algum exame de carga viral? Qual foi o resultado? Como te sentiste?
- (Caso não fez)* Como está sendo para ti não ter ainda a confirmação do diagnóstico do teu filho?
- Tu achas que agora o bebê ainda corre risco de infectar-se pelo HIV? De que forma?

(*Se acha que sim*) O que tu tens feito para evitar? Isso muda de alguma forma o teu dia-a-dia com o bebê? Como te sentes?

4. Eu gostaria que tu me falasses como tem sido dar de mama na mamadeira, desde os primeiros momentos até agora.

(*Caso não tenha mencionado*): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como foi a alimentação do bebê nos dias que tu ficaste no hospital após o nascimento?
- Tu lembras do que te disseram no hospital sobre como seria a alimentação do bebê?
- No hospital, te deram algum remédio para não teres leite? Enfaixaram os teus seios? Fizeram mais alguma coisa? Como te sentiste?
- Havia outras mães no teu quarto? Como te sentiste dando de mamar próximo a essas mães?
- No hospital, alguém te perguntou por que não estavas dando mamadeira ao bebê? Quem? O que tu disseste? Como te sentiste?
- Quando chegaste em casa com o teu bebê, tiveste alguma preocupação em relação à alimentação dele? Qual?
- Depois que chegaste em casa, alguém (familiares, vizinhos, amigos) perguntou sobre o motivo de estares dando mamadeira ao teu bebê? O que tu respondeste? Como foi isso para ti?
- Como te sentes dando de mamar na mamadeira? Tu tens alguma dificuldade?
- Para ti, tem alguma diferença entre dar mama no peito ou na mamadeira? O que é diferente?
- Como tem sido essa experiência de dar de mamar na mamadeira?
- (*Se já tem outros filhos*) Foi algo novo? Como foi com o(s) teu(s) outro(s) filho(s)?
- Em que momentos tu alimentas o teu bebê? Tu poderias me contar como é esse momento? (*Como se prepara, descrição do ato em si*) Alguém te ajuda?
- Como é o comportamento do bebê durante a alimentação?
- Como tu te sentes em relação aos comportamentos dele durante a alimentação?
- Ele tem horários para comer? Desde quando? Como foram introduzidos esses horários (pelo bebê ou pelos pais)?
- Como tu tens feito para obter o leite? Como tem sido isso para ti?
- Ele ingere outros alimentos (sólidos ou líquidos) além do leite? Por qual motivo?
- (*Se sim*) Como o bebê reage a estes outros alimentos? E você, como se sente frente à reação dele?
- E atualmente, tens alguma preocupação em relação à alimentação do teu bebê?

5. Eu gostaria que tu me falasses sobre a comunicação entre tu e teu bebê.

(*Caso não tenha mencionado*): Tu poderias me falar mais sobre...

- Tu sentes que já é possível entender o que ele(a) expressa? De que forma ele(a) se expressa? Como reages a isso?
- O que é mais fácil e mais difícil de entender? Como tu sabes que tu entendeste o teu bebê?
- Com o passar das semanas, tu sentes que estás compreendendo melhor o que teu bebê sente e quer?
- Com o passar das semanas, tu sentes que o teu bebê está te compreendendo melhor?
- Tu costumavas conversar com o teu bebê? Em que momentos tu conversas com ele(a)? Como ele(a) reage?
- Como são estes momentos para ti?
- Tu percebes quando teu bebê sorri? Em que momentos isso acontece? Como te sentes?
- Quando teu bebê sorri, o que você faz?
- O que teu bebê gosta de olhar? Por quê? Em que momentos isso acontece?
- Quando ele(a) te olha, o que tu fazes? O que tu achas que se passa na cabecinha dele(a) nesses momentos? Como te sentes?
- E quando tu olhas para ele(a), como ele(a) reage? Como te sentes com a reação dele(a)?

6. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre o sono do bebê.

(*Caso não tenha mencionado*): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como está o sono do teu bebê? Onde ele dorme? Com quem ele dorme?
- Como tu identificas que ele(a) está com sono? Tu fazes alguma coisa para ele(a) dormir?
- O teu bebê usa chupeta, paninho, ou algum outro objeto para dormir? Por quê?
- Como é o comportamento dele(a) durante o sono? (Ex: dorme tranqüilo, acorda durante o sono, agita-se...)

- Como tu te sentes em relação aos comportamentos dele(a) durante o sono?
- Enquanto teu bebê está dormindo, o que tu fazes?
- No período de 24h, quanto tempo ele dorme?
- Em que momentos o teu bebê costuma acordar?
- Qual a reação dele/a quando acorda? Quando percebes que ele(a) acordou, o que tu fazes?
- O que ele/a costuma fazer quando está acordado(a)?
- Como tu te sentes em relação aos comportamentos dele(a) quando acordado(a)?
- Onde ele fica? (Ex: carrinho, berço...) Por quanto tempo?
- O que tu fazes quando o bebê está acordado? Como são para ti esses momentos?

7. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre o choro do bebê.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como é o choro do bebê? Em que momentos ele chora? O que tu fazes quando isso acontece?
- Como tu te sentes quando isso acontece?
- Tu percebes diferentes tipos de choro do bebê? Tu poderias me dar alguns exemplos?
- Quem o consola? O que é feito para consolá-lo?
- Como ele/a reage quando tu vais consolá-lo? Como tu te sentes fazendo isso?

8. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre a troca de fraldas e de roupa do bebê.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Em que momentos ele/a é trocado/a de fralda?
- Quem se encarrega da troca de fraldas?
- Como ele/a reage à troca de fraldas? Como te sentes nestes momentos?
- O que ele/a costuma fazer durante a troca de fraldas?
- Quantas vezes ao dia ele faz cocô? E xixi?
- Em que momentos ele é trocado de roupa? Quem se encarrega da troca de roupas?
- Como ele/a reage à troca de roupas? Como te sentes nestes momentos?

9. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre o banho do bebê.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como é o banho do bebê? Como ele/a se comporta?
- Em que momentos ele/a toma banho?
- Quem se encarrega de dar o banho no bebê?
- (Se for a mãe):* Como te sentes dando banho em teu bebê?
- (Se for outra pessoa):* Qual o motivo de não dares o banho em teu bebê? Como tu te sentes?
- Como ele/a reage ao banho? Como tu te sentes em relação aos comportamentos dele/a durante o banho?

10. Como é a reação inicial do bebê diante de:

- Novos brinquedos? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois como fica? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- Pessoas estranhas (desconhecidas)? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois como fica? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- Lugares estranhos (desconhecidos)? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois como fica? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- Barulho? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois como fica? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- Mudanças na rotina de vida dele(a)? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois como fica? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- De todas essas situações, existe alguma em que ele(a) reage mais intensamente do que outra? Como você percebe isso?
- E existe mais alguma situação que te lembres?
- Como te sentes com essas reações dele(a)?

11. Como tu descreverias o humor do teu bebê ao longo do dia?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias falar mais sobre...

- Como é o humor do teu bebê? Ex: agradável, sociável, alegre, ou difícil de agradar, choroso.
- O que te faz perceber o humor do teu bebê desse jeito? Como te sentes com isso?
- Como ele fica quando alguma coisa o desagrada? O que é necessário para agradá-lo?

- Tu percebes quando teu bebê está mais agitado? Em que momentos?
- O que tu fazes quando ele(a) está agitado(a)? E depois, como ele(a) fica?

12. Como tu descreverias as brincadeiras do teu bebê?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias falar mais sobre...

- Tu costumava brincar com o bebê? Com que frequência? Em que momentos?
- Que tipo de brincadeira vocês costumam fazer?
- Como ele(a) reage a estas brincadeiras? E para ti, como é brincar com ele(a)?
- Tu achas que teu bebê é capaz de lhe mostrar quando não gosta de uma brincadeira? Como?
- Quando isso acontece, o que tu fazes? Como te sentes?

13. Tu gostarias de acrescentar alguma coisa a tudo isso que a gente conversou?

Anexo F

Estrutura de Categorias e Subcategorias Temáticas

I - Gestação

1.1 – Vivência da Maternidade na Gestação

- Planejamento da gravidez
- Reação à notícia da gravidez
- Acompanhamento pré-natal
- Sentimentos quanto às mudanças físicas e saúde na gravidez
- Sentimentos em relação à gravidez
- Preocupações em relação à gravidez
- Apoio recebido e esperado na gravidez
- Expectativas quanto ao parto
- Expectativas quanto às mudanças pessoais após o nascimento
- Expectativa quanto ao desempenho da função materna
- Modelo de mãe que deseja seguir
- Lembranças do relacionamento com os pais na infância
- Características de uma boa mãe

1.2 – Desenvolvimento do Bebê na Gestação

- Percepções sobre o desenvolvimento fetal
- Movimentos fetais
- Características do bebê imaginário
- Expectativas quanto à saúde do bebê
- Preocupações e expectativas quanto ao desenvolvimento

1.3 – Relacionamento Mãe-Bebê na Gestação

- Reação frente ao sexo do bebê
- Escolha do nome
- Cuidados com o bebê intra-útero
- Interações mãe-feto
- Expectativas quanto ao relacionamento mãe-bebê
- Satisfações e dificuldades esperadas
- Atividades imaginadas com o bebê
- Atitude diante de dificuldades nos cuidados do bebê
- Expectativa quanto à criação e educação do filho

II – Terceiro Mês de Vida do Bebê

2.1 – Vivência da maternidade no Primeiro Trimestre

- Experiência do parto
- Sentimentos e mudanças frente à maternidade
- Percepção sobre o desempenho do papel materno
- Vivência da não-amamentação
- Apoio familiar e social recebido

2.2 – Desenvolvimento do bebê no Primeiro Trimestre

- Bebê real (características físicas e temperamento)
- Crescimento
- Aquisições e habilidades

- Reações do bebê frente a eventos
- Saúde
- Preocupações quanto ao desenvolvimento

2.3 – Relacionamento Mãe-Bebê no Primeiro Trimestre

- Percepções sobre o relacionamento mãe-bebê
- Atividades realizadas com o bebê
- Dia-a-dia com o bebê
- Comunicação mãe-bebê

III – Mudanças da Gestação ao Terceiro Mês de Vida do Bebê

- Quanto à vivência da maternidade
- Quanto ao desenvolvimento do bebê
- Quanto ao relacionamento mãe-bebê