

Maternidade no contexto do HIV/AIDS: gestação e terceiro mês de vida do bebê¹

Motherhood in the context of HIV/AIDS: pregnancy and the baby at three months

Evelise Rigoni de **FARIA**²
Cesar Augusto **PICCININI**²

Resumo

Este estudo buscou investigar, em mães primíparas portadoras do HIV/AIDS, percepções e sentimentos sobre maternidade, desenvolvimento do bebê e relação mãe-bebê, na gestação e no terceiro mês de vida do bebê. Participaram cinco mães soropositivas com idade entre 19 e 37 anos. Utilizaram-se entrevistas para investigar diversos aspectos da gestação e da maternidade. As respostas foram examinadas por análise de conteúdo qualitativa com base em três categorias: vivência da maternidade; desenvolvimento do bebê; relação mãe-bebê. As mães relataram preocupação com a possível infecção do bebê, medo do preconceito e frustração pela não amamentação. Prevaleram, entretanto, satisfações com a maternidade, com a interação mãe-bebê e com o desenvolvimento infantil. Os resultados revelaram que o HIV/AIDS não tem necessariamente um impacto negativo para a maternidade e para a relação mãe-bebê, principalmente quando há presença de apoio familiar, relacionamento positivo com a figura materna e acesso o tratamento especializado. Discute-se a importância de intervenções psicológicas diante da ansiedade associada ao HIV/AIDS na gestação e maternidade.

Unitermos: HIV. Maternidade. Relacionamento mãe-filho.

Abstract

This study sought to investigate perceptions and feelings in primiparous mothers with HIV/AIDS, about motherhood, infant development and the mother-infant relationship, during pregnancy and in the third month of life. Five seropositive mothers participated, aged between 19 and 37. Interviews were conducted to investigate the various aspects of pregnancy and motherhood. An analysis of content was carried out based on three categories: experience of motherhood; infant development; mother-infant relationship. The results indicated concerns about possible infections of the baby, the fear of prejudice and the frustration of not being able to breastfeed. However, satisfaction with motherhood, interaction with the baby and infant development prevailed. HIV/AIDS does not necessarily have a negative impact on motherhood and the mother-infant relationship, especially when the support of the family, a positive relationship with their own mothers and access to treatment are present. The importance of psychological interventions that may help these mothers to cope, faced with the anxieties associated with HIV/AIDS and motherhood, is discussed.

Uniterms: Human-immunodeficiency-virus. Motherhood. Mother-child relations.

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de E.R. FARIA, intitulada *"Relação mãe-bebê no contexto de infecção materna pelo HIV/Aids: a constituição do vínculo da gestação ao terceiro mês do bebê"*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Núcleo de Infância e Família. R. Ramiro Barcelos, 2600, sala 111, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: E.R. FARIA. E-mail: <everigoni@gmail.com>.

A heterossexualização da epidemia de HIV/AIDS repercutiu no aumento de casos de infecção entre mulheres e na preocupação com a transmissão materno-infantil do HIV, que, no Brasil, é responsável por aproximadamente 85% dos casos de aids em crianças (Ministério da Saúde, 2007). Felizmente, a transmissão materno-infantil tornou-se passível de prevenção através das medidas profiláticas adotadas no País, desde 1996, que reduzem as chances do bebê se infectar de aproximadamente 30% para zero a 2%, e incluem: testagem anti-HIV no pré-natal; uso de antirretrovirais pelas mulheres portadoras de HIV durante gestação, trabalho de parto e parto; cesariana eletiva; uso de antirretrovirais e de medicação para prevenção de pneumonia pelo bebê nos primeiros meses de vida; e contra-indicação do aleitamento materno (Ministério da Saúde, 2006). Após o nascimento e até os 18 meses de vida - tempo que pode ser reduzido se forem usadas técnicas mais específicas para investigação da presença do vírus -, são realizados exames no bebê para definição do diagnóstico (Cardoso, 2006).

Embora muitas respostas tenham sido encontradas do ponto de vista biológico, ainda há lacunas no que se refere aos aspectos subjetivos da transição para a maternidade e relações iniciais entre mãe e bebê no contexto do HIV/AIDS. Diversos autores mencionaram a importância das relações iniciais entre mãe e bebê para o desenvolvimento infantil, entendendo que tal relação é influenciada tanto pelas características da mãe como pelas características do bebê, remetendo ao seu caráter bidirecional (Brazelton & Cramer, 1992; Piccinini, Gomes, Monisa & Lopes, 2004). Entre as características maternas, pode-se citar, segundo Brazelton e Cramer, as expectativas em relação à maternidade e ao bebê e o modelo de relação vivenciado com os próprios pais. Com relação às características do bebê, os autores citam as respostas comportamentais e o temperamento.

A relação mãe-bebê começa a se delinear desde a gestação. Nesse momento, a gestante se depara com sentimentos diversos e revive antigas relações, em especial aquelas com os próprios pais. A mulher passa a vivenciar uma mudança de posição, de filha para mãe, que exige a realização de um luto pela posição infantil a fim de acessar o lugar materno, tendo por base as identificações infantis (Ferrari, Piccinini & Lopes, 2007). Diante de todas essas mudanças, é esperado um

sentimento de ambivalência por parte da gestante, que pode se mostrar de forma mais ou menos intensa, dependendo das particularidades de cada mulher (Maldonado, 1994).

Com o avanço da gestação, a mulher vai adquirindo um reconhecimento da criança como um ser individualizado. Isso é impulsionado pelas movimentações fetais e pelo conhecimento do sexo do bebê, que geralmente vem acompanhado da escolha de seu nome (Raphael-Leff, 1997). A gestante passa a personificar o feto, atribuindo-lhe temperamento e personalidade e oferecendo significados aos seus movimentos. Brazelton e Cramer (1992) afirmaram que essas expectativas e percepções constituem o bebê imaginário, que antecede e prepara o espaço do bebê real, só conhecido após o nascimento. O estudo de Piccinini et al. (2004), corroborando tais afirmações, constatou existir desde a gestação um forte vínculo da mãe com seu bebê, o que contribui na preparação da relação mãe-bebê após o nascimento. Ao final da gestação, a mulher está mais preparada para a chegada do bebê, mas ainda se depara com alguns temores, tais como ansiedade e medo do parto (Lopes, Donelli, Lima & Piccinini, 2005), e preocupações com a saúde ou as possíveis malformações do bebê (Maldonado, 1994).

Após o nascimento, mãe e bebê vão gradativamente se conhecendo e estabelecendo um padrão de comunicação (Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado, 1994). Lebovici (1988) ressaltou ser esse o momento em que a mãe deve realizar o luto pelo bebê imaginário e adaptar-se ao bebê real, cujas exigências precisam ser atendidas. Para Winnicott (1968/1987), a mãe vivenciaria um estado emocional de sensibilidade exacerbada às necessidades do filho, ao qual denominou *preocupação materna primária*. A mãe seria capaz de se identificar com o bebê, atendendo suas necessidades e proporcionando-lhe um ambiente seguro para o desenvolvimento. Já Stern (1997) descreveu a constelação da maternidade - uma nova e temporária organização psíquica em que a maioria das mães ingressaria, especialmente primíparas -, que se delinea em torno de quatro temas: vida-crescimento; relacionar-se primário; matriz de apoio; reorganização da identidade, que remetem a preocupações com a saúde do bebê, ao envolvimento emocional da mãe com o bebê, ao estabelecimento de uma rede de apoio protetora e à necessi-

dade materna de transformar sua identidade para assumir os novos papéis impostos pela maternidade.

Por sua vez, o bebê também é visto como um personagem ativo e corresponsável pela relação. O bebê de três meses apresenta maior controle motor, move ativamente a boca e os membros e tenta agarrar objetos (Brazelton, 1994; Stern, 1997). Por volta do terceiro mês, ocorrem trocas mais prolongadas entre mãe e bebê, tais como vocalizações pré-verbais, sorrisos e brincadeiras que passam a apresentar uma sintonia mútua. Além disso, já é possível identificar diferentes tipos de choro (Brazelton, 1994; Mäntymaa, 2006; Stern, 1997). Segundo Porter e Hsu (2003), a mãe tende a perceber o temperamento do bebê de forma mais positiva nos primeiros três meses devido ao aumento do sorriso social e às experiências atuais de cuidados, que aumentariam a percepção materna sobre sua autoeficácia.

Todas essas constatações se referem a um contexto típico de desenvolvimento. Quando se trata do contexto de infecção materna pelo HIV, há a possibilidade de que dificuldades estejam agregadas a esse processo. O estudo de Carvalho e Piccinini (2006) com gestantes portadoras do HIV evidenciou sentimentos de medo e culpa diante da possível infecção do bebê, além do temor da própria morte ou adoecimento. Essas gestantes sentiam o impacto do estigma social e do preconceito relativos à infecção, o que repercutia em isolamento e falta de apoio social e familiar. Além disso, relações familiares e conjugais instáveis e não apoiadoras estiveram presentes entre as gestantes investigadas pelos autores. A esse respeito, Remor (2002) já havia relatado a importância do apoio social como atenuador do impacto negativo da infecção, reduzindo inclusive níveis de ansiedade e depressão.

No que se refere à gestação, o HIV/AIDS pode intensificar algumas das manifestações de ansiedade inerentes a esse período, como é o caso das preocupações quanto à saúde do bebê, já que é possível sua infecção pelo HIV (Rigoni, Pereira, Carvalho, & Piccinini, 2008). Analisados conjuntamente, os dados evidenciam que o contexto do HIV/AIDS acrescenta sentimentos próprios da convivência com a infecção à ansiedade inerente à gestação, tornando esse processo mais difícil. Estudos revelaram, entretanto, que a maternidade também pode permanecer idealizada e mais valorizada do que a soropositividade, já que ela possibilita um repo-

sicionamento diante da infecção, uma vez que a mulher precisa assumir a doença e proceder ao tratamento em favor de seu bebê (Carvalho & Piccinini, 2006; Moura & Praça, 2006).

Gonçalves e Piccinini (2008) investigaram mães portadoras do HIV nos primeiros meses após o nascimento do bebê e constataram satisfação, por parte delas, quanto à maternidade e a existência de um relacionamento afetivo com o bebê. No entanto, elas também apresentavam preocupações quanto ao diagnóstico e saúde do recém-nascido. Os autores constataram que a maternidade foi acompanhada pela complexidade do HIV/AIDS, uma vez que as mães precisavam lidar com a não amamentação, a administração de remédios e a rotina de consultas.

Sentimentos relativos ao tratamento preventivo após o nascimento do bebê foram investigados por Rigoni et al. (2008). Constatou-se que a reação negativa do bebê à medicação pode gerar culpa na mãe e ambivalência quanto ao tratamento, embora geralmente prevaleça sua realização correta. Já a recomendação de não amamentar tende a ser acompanhada de tristeza e frustração devido à impossibilidade de a mãe amamentar o seu bebê e pelo temor de que a relação com ele seja prejudicada do ponto de vista afetivo (Hugo, 2007). Moreno, Rea e Filipe (2006) também referiram que essas mães podem se sentir discriminadas por não amamentarem seus bebês, ao mesmo tempo em que temem que a não amamentação revele a presença da infecção.

Apesar das dificuldades desse tratamento preventivo, seus ganhos são inegáveis. Em geral, esses bebês nascem sem a infecção e em boas condições de saúde. No entanto, mesmo as crianças que não se infectaram podem vivenciar o impacto do HIV/AIDS em razão de seus pais terem o vírus (Cardoso, 2006). Segundo o autor, em idades posteriores, essas crianças, às vezes, são privadas da escola ou de outras situações sociais a fim de que o segredo familiar referente ao HIV não seja revelado. Stein et al. (2005) revisaram estudos que indicaram problemas de comportamento entre essas crianças, sugerindo que efeitos do contexto de infecção e dos cuidados parentais possam estar presentes nas interações pais-criança. Cabe também destacar que alguns autores (Miles, Burchinal, Holditch-Davis & Wasilewski, 1997) identificaram forte presença de de-

pressão em mães portadoras do HIV durante o primeiro ano de vida do filho, o que merece atenção, já que tem sido revelada associação entre depressão materna e problemas de comportamento infantil no contexto típico de desenvolvimento (Mian, Tango, Lopes & Loureiro, 2009).

Johnson e Lobo (2001) hipotetizaram que a infecção pelo HIV poderia comprometer a habilidade da mãe de responder adequadamente às necessidades do filho devido a problemas com sua saúde ou à ansiedade mobilizada pelo estigma social, incertezas quanto ao futuro e falta de apoio social. No entanto, tal hipótese não foi confirmada pelos autores em estudo que avaliou interações mãe-criança com díades de mães portadoras e não portadoras do HIV.

Embora pouco se saiba acerca dos efeitos do HIV materno sobre as relações mãe-bebê no primeiro trimestre de vida, pode-se pensar que exista algum impacto, já que essas relações se desenvolvem em meio a algumas dificuldades, conforme visto. Além disso, a mulher também está vivenciando os sentimentos inerentes à maternidade, que podem ser ainda mais intensos quando se trata do nascimento do primeiro filho. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi investigar as percepções e os sentimentos de mães primíparas portadoras do HIV sobre a maternidade, o desenvolvimento do bebê e a relação mãe-bebê na gestação e no terceiro mês de vida do bebê.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa cinco mães primíparas portadoras do HIV na faixa etária entre 19 e 37 anos. Apenas uma delas era solteira, e as demais estavam casadas havia pelo menos dois anos. As mães realizavam acompanhamento pré-natal especializado em um

hospital da rede pública de saúde de Porto Alegre e estavam em fase assintomática da infecção, apresentando boas condições de saúde.

As participantes faziam parte do projeto "Aspectos psicossociais, adesão ao tratamento e saúde da mulher no contexto do HIV/AIDS: contribuições de uma intervenção psicoeducativa da gestação ao segundo ano de vida do bebê"- PSICAIDS (Piccinini et al., 2005), que acompanha mães portadoras do HIV da gestação ao segundo ano de vida do bebê, e é composto por três estudos. O Estudo 1 envolve 41 mães e visa caracterizar diversos aspectos psicossociais associados à maternidade e à relação mãe-bebê; o Estudo 2 envolve 25 mães que participam de uma intervenção psicoeducativa durante a gestação e o Estudo 3 investiga a biologia do vírus e subtipos do HIV presentes na amostra total. No momento inicial do estudo, todas as participantes estavam em acompanhamento médico especializado em AIDS em um hospital da rede pública de Porto Alegre. O PSICAIDS, do qual o presente estudo faz parte, foi aprovado pelos comitês de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Proc. 2005508) e do Grupo Hospitalar Conceição (Proc. 06/06).

Para fins do presente estudo, foram selecionadas as primeiras cinco participantes do PSICAIDS que atendiam aos critérios descritos acima. A Tabela 1 apresenta algumas características sociodemográficas das participantes, tendo por base informações fornecidas no último trimestre de gestação. Todas as participantes haviam revelado o diagnóstico a pelo menos uma pessoa de sua rede de relações; destas, três mães (M1, M4, M5) revelaram apenas para o marido e duas (M2, M3), para o marido/pai do bebê e familiares.

Procedimentos

Foi realizado um estudo de caso coletivo definido por Stake (1994), como um estudo que se ba-

Tabela 1. Dados sociodemográficos das mães.

Mãe	Idade	Escolaridade	Ocupação	Estado civil	Diagnóstico HIV	Sexo do bebê
M1	25	2º grau completo	Auxiliar de limpeza	Casada	5 meses	Masculino
M2	19	2º grau incompleto	Do lar	Solteira	1,7 anos	Masculino
M3	19	2º grau completo	Do lar	Casada	1,5 anos	Feminino
M4	19	1º grau incompleto	Do lar	Casada	1,5 anos	Masculino
M5	37	2º grau completo	Auxiliar de laboratório	Casada	2 anos	Masculino

seia em vários casos e visa à compreensão de determinado fenômeno. Há um interesse menor no caso em si e maior nos elementos que ele pode fornecer para a compreensão do fenômeno. Os casos podem ser ou não semelhantes, e são valorizadas tanto a redundância quanto a variedade entre eles.

O presente estudo envolveu duas fases de coleta de dados. A primeira compreendeu o último trimestre da gestação, e a segunda, o terceiro mês de vida do bebê. As gestantes foram inicialmente contatadas no serviço de saúde onde realizavam acompanhamento pré-natal. Na ocasião assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam à Entrevista de Dados Sociodemográficos da Família, que reuniu dados sobre idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal e condições de moradia. Foi então agendado um encontro para a coleta de dados da Fase 1, quando as gestantes responderam à Entrevista sobre Gestação em Situação de Infecção pelo HIV/AIDS, que investigou sentimentos sobre história da gestação, infecção pelo HIV, relacionamento conjugal e familiar, desenvolvimento do feto, expectativas quanto à maternidade e à relação mãe-bebê. Nessa ocasião, as participantes estavam no sétimo (M3, M4), oitavo (M1) e nono (M2, M5) mês de gestação.

Na Fase 2, as mães responderam à Entrevista Sobre Maternidade em Situação de Infecção pelo HIV/AIDS, que investigou sentimentos sobre vivência do parto, experiência da maternidade, relação com o pai do bebê e com a família. As mães também responderam à Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê e a Interação Mãe-Bebê no Contexto de Infecção Materna pelo HIV/AIDS³, que abordou sentimentos associados ao desenvolvimento e à saúde do bebê, rotina de atividades e cuidados, momentos de interações e comunicação mãe-bebê. As entrevistas eram estruturadas, realizadas de forma semidirigida, em sala reservada da unidade de saúde, sendo gravadas digitalmente em áudio e, posteriormente, transcritas. Cada tema era 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 estendesse na resposta, eram apresentadas diver-

sas questões que investigavam outros detalhes associados ao tema principal (ex. "Tu esperavas ficar grávida?"; "Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?").

Resultados

A análise de conteúdo qualitativa (Bardin, 1979) das entrevistas foi utilizada para investigar percepções e sentimentos maternos. Com base na literatura (Brazelton & Cramer, 1992; Stern, 1997), três categorias temáticas nortearam o processo de análise: Vivência da maternidade, Desenvolvimento do bebê, e Relação mãe-bebê. A partir da leitura exaustiva das transcrições das entrevistas, uma autora (ERF) buscou identificar relatos que faziam referência a cada uma das categorias temáticas. Partindo dessas categorias centrais, diversas subcategorias emergiram da leitura das próprias entrevistas. Apresenta-se, a seguir, a caracterização das categorias e subcategorias, que estão ilustradas com relatos das mães relativos à gestação e ao terceiro mês do bebê.

Gestação

Vivência da maternidade na gestação

Esta categoria contempla sentimentos sobre como as mães estavam vivenciando o processo de maternidade durante a gestação, e foi composta pelas seguintes subcategorias: notícia da gravidez; satisfações; preocupações; expectativas quanto ao desempenho da função materna; apoio recebido.

No que diz respeito à notícia da gravidez, todas as gestantes demonstraram que a soropositividade havia influenciado esse momento: "Ao mesmo tempo que eu fiquei feliz com o pensamento de ter um filho, eu fiquei triste porque tem o problema [HIV]" (M2); "Eu fiquei sabendo que tava grávida e me deu pânico, porque depois que eu soube que era soropositiva, eu disse: 'não vou querer nenê'. É complicado, a gente sabe que o risco [do bebê se infectar] é pequeno, mas pode correr" (M5); "No começo fiquei um pouco desnorteada pelo fato de

▼▼▼▼

³ As Fases 1 e 2 contemplaram também a aplicação de outros instrumentos, cujos detalhes encontram-se descritos em Piccinini et al. (2005). No entanto, os dados obtidos com esses instrumentos não foram utilizados no presente estudo.

descobrir que eu tava com o vírus, mas aí depois, com o passar dos meses, eu fui ficando mais calma” (M1).

Algumas (M2, M3, M5) relataram que a ansiedade inicial diante da notícia da gravidez foi amenizada com o passar dos meses, em especial pelo acesso às informações sobre o tratamento preventivo: *“A gente conversou com as enfermeiras e elas disseram que o risco era pequeno. No início foi meio assim, mas depois foi tudo tranquilo” (M5); “No começo eu não aceitava muito, mas daí no hospital explicaram do remédio. Eu não queria ver a criança sofrer como eu sofri, mas agora estou tranquila” (M2).*

No último trimestre de gestação, as participantes referiram satisfações com a maternidade: *“Eu vi no ultrassom, fiquei bem faceira, queria sair contando para todo mundo” (M3); “Ah, é tão boa a sensação, sabendo que uma pessoa depende de ti, de tu proteger, a alimentação, os cuidados, tudo!” (M4).* No entanto, também estavam presentes muitas preocupações relacionadas ao HIV. Todas as gestantes apresentaram alguma preocupação referente à infecção: ou relacionada ao uso de antirretrovirais (M1, M2, M4) ou à impossibilidade de amamentar (M1, M2, M3, M4, M5):

“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” (M2);

“São muitos [comprimidos]. Por que não inventaram uma dose só?” (M4); “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. Eu acho que é uma coisa que vai atrapalhar a maternidade, eu não sei se eu vou saber mentir” (M1);

“Eu vou dizer que eu não tenho que o leite secou. Eu até já tentei preparar eles [família]: ‘Acho que não vou ser boa de leite porque eu não tenho nada, o meu seio é bem murchinho” (M5).

Além de preocupações relacionadas ao HIV/AIDS, algumas gestantes (M1, M2, M3) demonstraram preocupações quanto à proximidade do parto: *“Preocupação eu tenho, eu não queria sofrer tanto. Quero tentar não pensar muito no parto, mesmo assim eu penso, mais pelo fato de não sofrer muito, eu sou muito sensível com essas coisas” (M1); “Me preocupo se vai correr tudo bem, se vai ser cesariana ou normal” (M3).*

A subcategoria expectativas quanto ao desempenho da função materna incluiu relatos de como as

gestantes imaginavam que seriam como mães, muitas vezes tomando como modelo suas próprias mães. *“Eu me imagino uma mãe carinhosa, uma mãe coruja. Eu quero ser a minha mãe, vou querer dar a mesma criação” (M1); “Ela é um modelo, minha mãe faz de tudo pra gente ficar bem. Ela prefere ficar sem nada se a gente tá passando por uma necessidade. Pretendo ser igual a ela!” (M3).*

Todas as gestantes também se mostraram satisfeitas com o apoio recebido, principalmente do pai do bebê e da família:

“Minha mãe tem me ajudado. Minha prima também tem me ajudado, ela vai sempre na minha casa pra gente conversar. No começo, naquela crise, ela tava sempre conversando comigo. A minha prima, minha mãe e meu irmão também [tem me apoiado]” (M2);

“Ele [marido] se preocupa bastante, ele se preocupa comigo por causa do nenê, se eu tô me alimentando, se eu tenho médico. Ele tá sempre procurando a carteirinha e vendo, ‘ah, tal dia tem médico’, ele me leva nas consultas” (M5).

Desenvolvimento do bebê na gestação

Essa categoria contemplou relatos sobre como as mães percebiam o crescimento e o desenvolvimento do bebê durante o período intrauterino e foi composta pelas subcategorias percepções sobre o desenvolvimento fetal; atribuição de características ao bebê; e preocupações com a saúde do bebê. No que se refere à primeira subcategoria, todas as gestantes estavam acompanhando o desenvolvimento fetal através de exames de ultrassonografia. Elas apresentavam diversas percepções sobre o desenvolvimento do bebê e mostravam-se atentas às movimentações fetais: *“Eu acordo às nove horas e ele começa a se mexer, fica até meio dia, depois descansa um pouquinho. Sempre que eu chego perto de alguma comida ele começa a se mexer, é engraçado, mas é bom” (M4); “A última [ecografia] que a gente fez ela tava pensativa, com a mão no queixo, e daí se mexeu e botou o dedo na boca, cheirou, é muito emocionante” (M5).*

A segunda subcategoria - atribuição de características ao bebê - inclui relatos sobre características físicas e de personalidade que as gestantes já atribuíam a seus bebês. Todas as participantes fizeram alguma menção a tais características: *“Eu imagino meu bebê loirinho, do olho claro. A gente imagina pelas fotos que a*

gente vê, eu bebê e ele [marido] bebê, a gente junta as duas e meio que forma um, imagina um neném” (M1); “[O bebê] vai ter um pouco de cada. Imagino bem carinhoso, atencioso, porque toda vez que a gente fala com ele, ele chuta, quando a gente fala alguma coisa dele ele se mexe” (M2).

A última subcategoria inclui relatos de preocupações com a saúde do bebê. Todas as gestantes mencionaram algum tipo de preocupação, em especial quanto à possibilidade de o bebê se infectar pelo HIV, mas também quanto a sua formação: “A gente pensa, ainda mais agora no final, 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 físico. Eu me preocupo bastante, procuro nem pensar, procuro pensar que vai ser uma criança linda, sadia” (M1); “O meu maior medo é o efeito dos remédios [antirretrovirais]. Será que esses comprimidos estão certos? Será que não vai faltar?” (M4).

Relação mãe-bebê na gestação

A última categoria analisada na gestação contempla relatos que evidenciam o estabelecimento da relação mãe-bebê desde o período intrauterino e é composta pelas subcategorias: reação frente ao sexo do bebê e escolha do nome; cuidados com o bebê; interações mãe-feto; expectativas quanto à relação mãe-bebê; e, preocupações quanto ao futuro. No que diz respeito à reação frente ao sexo do bebê e escolha do nome, as participantes referiram satisfação ao saberem o sexo de seus bebês, e desde então já haviam escolhido um nome: “No fundo eu queria uma menina. Já dizia que era menina. Eu já tinha aquela coisa que era uma menina, aí já escolhi o nome” (M3); “É uma menina, acho que [nossa relação] vai ser bem boa, vamos ser bem amigas” (M5).

As gestantes também realizavam diversos cuidados com o bebê, seguindo corretamente o tratamento preventivo e/ou cuidando da própria saúde: “A gente colocou mais verdura, coisas mais saudáveis para ajudar bastante, não só a mim, quanto a ele [marido] também e, principalmente, o neném” (M1); “Tomo o remédio direitinho para não prejudicar a criança. Também tento ficar calma, cada vez mais me colocar prá cima para não prejudicar ela” (M3); “Se o médico disser que tem que tomar 10 litros d’água para evitar que passe [HIV] para o nenê eu faço, porque ela é tudo para mim” (M5).

Além desses cuidados, as gestantes realizavam diversas interações mãe-feto, prevalecendo a conversa com o bebê: “Eu já converso bastante com ele na barriga pra ele ir se acostumando. Eu adoro conversar” (M4); “Ah converso! ‘Vamos passear com papai’, ‘vamos lá na casa do dindo...e ela se mexe bastante, parece que entende” (M5).

A próxima subcategoria se refere às expectativas quanto à relação mãe-bebê, e essas se mostraram positivas para todas as gestantes: “[Hoje] tu te preocupa mais com o que tá carregando contigo, que é o neném. E aí depois eu acho que vai ser pior. Dizem que a gente acaba esquecendo um pouco da gente e pensando só no neném pra poder dar toda a atenção que ele precisa” (M1); “Vai ser uma relação boa, eu quero tanto que ele nasça! Eu quero saber como ele é, eu quero pegar, eu quero ver, cuidar” (M2).

No que se refere à última subcategoria - preocupações quanto ao futuro -, a maioria das gestantes apresentavam algum tipo de preocupação, em especial relacionada à infecção. Tais preocupações se referiam a machucados que elas pudessem ter (M1, M2), ou mesmo ao fato de o filho vir a se infectar com o HIV no futuro (M1, M2, M4, M5): “Pelo fato de ser criança, vai ter que cuidar bastante. Não mexer com ele em certos curativos” (M1); “Eu tenho medo de ficar machucada, ou se ele se machucar, não pode ter aquele contato de sangue” (M2); “Eu não queria...acho que ninguém pensa em ter [HIV] um dia. Então eu penso assim: ‘tomara que ela não seja e não tenha nada no futuro’, que é uma coisa que eu não gostaria de ter, então eu não gostaria pra ela” (M5). Diante dessa preocupação, três gestantes (M1, M2, M5) mencionaram que pretendiam contar sobre o HIV aos filhos no futuro, a fim de que eles ficassem mais cuidadosos e prevenidos da infecção: “Quando a gente contar, acho que ele vai entender, acho que vai ajudar ele a ter alguns cuidados nos relacionamentos dele” (M1); “Depois, acho que ele vai ter que saber. [Quero] que ele se cuide, pra não acontecer o que aconteceu comigo” (M2).

Terceiro mês de vida do bebê: a vivência da maternidade no primeiro trimestre

Essa categoria contempla sentimentos sobre a maternidade desde o nascimento até o terceiro mês do bebê e foi composta pelas seguintes subcategorias: sentimentos frente à maternidade; vivência da não amamentação; percepções sobre o desempenho do

papel materno; e apoio recebido. Entre os sentimentos frente à maternidade, estavam presentes satisfações e dificuldades. Todas as mães se mostravam felizes com a maternidade: *"Tá sendo muito bom, pra mim tá sendo uma experiência ótima! Eu só pensava em mim, agora com o bebê já não, primeiro lugar é ele"* (M1); *"Ah, é muito legal! Bem gratificante... a coisa de passar com barriga, aquela coisa toda, depois tem a recompensa"* (M5). No entanto, todas mencionaram ter vivenciado dificuldades, em especial alguma insegurança quanto aos cuidados iniciais com o bebê, sendo necessário o auxílio de outras pessoas:

"No começo eu tava muito insegura. Quando eu era jovem cuidei dos meus primos, então eu achava que quando eu tivesse filhos ia ser muito barbada. Foi muito difícil na primeira semana, depois eu já peguei o jeito da coisa. Me desesperei no começo, tanto é que minha mãe veio [do interior] mais por causa disso. Só vendo a mãe da gente para passar tudo, aquela insegurança" (M1);

"Nos primeiros dias minha avó tava me ajudando. Quando ele começava a chorar de cólica eu chorava junto, se ele dormia demais eu chorava. Eu tinha medo. Agora não, ele dorme a madrugada todinha" (M4).

Outro aspecto bastante mencionado entre as mães foi a vivência da não amamentação; quase todas (M2, M3, M4, M5) relataram algum tipo de desconforto com essa restrição: *"Quando eu tava grávida, tava bem mais consciente de que não ia dar mamá. Ai depois que ele nasceu, que eu vi outras pessoas amamentando eu fiquei chateada por não poder dar mamá a ele"* (M2); *"Todo mundo perguntou [sobre o motivo de não amamentar]. Eu dou uma mentira. Eu paro na rua: 'Ah, tá bem gordinho, tá amamentando?'; 'Não, não tô amamentando'. Eu até já vou respondendo, não deixo nem a pessoa perguntar o porquê"* (M4); *"É meio complicado explicar pro pessoal. Eu dou desculpa que tenho que tomar remédio. Isso meio frustra a gente. Eu me sentia, às vezes, meia culpada. Mas fazer o quê, né? Se é pro melhor dela..."* (M5).

Quanto à subcategoria percepções sobre o desempenho do papel materno, todas as mães mostraram-se satisfeitas com a maneira como cuidavam de seus filhos, e em sua maioria (M1, M2, M3, M5) consideravam ter um jeito de cuidar parecido com o de sua própria mãe: *"Sou uma mãe coruja, sei cuidar direitinho. O capricho que estou tendo é o mesmo que a mãe tinha com a gente"* (M1); *"Eu acho que sou uma boa mãe, eu me*

espelho na minha mãe. Me espelhando nela, estando forte, bem sadia, vou me sair bem" (M3).

No que se refere à última subcategoria - apoio recebido -, todas as mães recebiam diversos tipos de apoio, principalmente de seus maridos e familiares, o que era sentido com grande satisfação:

"Tinha que levar o l. para fazer teste do pezinho, tudo meu pai me levava. Minha mãe também; no começo eu sentia um pouco de dor nos pontos, aí ela ia no médico para carregar ele porque eu não conseguia. Me apoiaram, ajudaram bastante" (M2);

"Eu ficava pensando: 'Será que se eu não tivesse ficado com ele [marido], com outra pessoa seria a mesma coisa?'. Eu acho que não. Eu fico feliz por que tem pais que não querem nem saber. Já ele, se o bebê tá chorando ele diz: 'Vem cá com o pai que o pai cuida'" (M4).

Desenvolvimento do bebê no primeiro trimestre

Essa categoria se refere ao desenvolvimento do bebê durante o primeiro trimestre de vida, considerando aspectos físicos, emocionais e comportamentais. Foi composta pelas subcategorias: satisfações com o bebê, aquisições e habilidades, ausência de problemas de saúde; e preocupações quanto ao diagnóstico do bebê. Todas as mães demonstravam diversas satisfações com o bebê, principalmente quanto ao seu desenvolvimento e seu jeito: *"Estou feliz com o desenvolvimento dela porque cada dia ela vai fazendo alguma coisinha diferente"* (M3); *"Ele tá sempre rindo. Lá em casa é um risinho. Ai, eu gosto, eu rezei tanto para ser uma criança calminha"* (M4).

As mães mencionaram diversas evoluções quanto às aquisições e habilidades dos bebês, incluindo desenvolvimento físico, atenção e comportamento social:

"Ele está na fase das mãos: olha para as mãos, brinca, coloca as mãos na boca. Também bate bastante as pernas, está sempre pedalando! Antes, o barulho ele não dava muita bola, agora, se ele tá dormindo ele já acorda, vejo que ele está evoluindo" (M1);

"Ela pega o bico, tira da boca. Às vezes, ela estranha certas pessoas que ela não vê todo dia. Tenta se levantar sozinha. Eu me sinto muito feliz! Ela já tá comendo frutinha, é muito gratificante" (M5).

Além disso, as mães também fizeram menções à ausência de problemas de saúde do bebê, já que

nenhum deles vivenciou alguma situação importante de adoecimento nos primeiros três meses de vida: *"Tá tudo bem, ele nunca teve nenhum problema"* (M2); *"Coisa boa saber que é uma criança bem sadia, perfeita, que não tem nenhum problema"* (M5). As mães relataram, entretanto, preocupações quanto ao diagnóstico do bebê. Todos os bebês já haviam passado por exames de carga viral e obtiveram resultados satisfatórios, porém o resultado definitivo quanto ao seu status sorológico só seria conhecido por volta do sexto mês de vida. *"Enquanto não sair o terceiro resultado sempre tem [preocupação], não adianta. Por mais que eu te diga 'eu tô tranquila', até a gente ver fica aquela dúvida"* (M1); *"Me explicaram que o primeiro resultado foi bom, que deu abaixo do nível de detecção, mas ainda fico preocupada, então eu queria que passasse rápido para ter esse resultado"* (M2).

Relação mãe-bebê no primeiro trimestre

Essa última categoria inclui relatos de sentimentos e interações presentes na relação mãe-bebê aos três meses de vida do bebê. Foi composta pelas subcategorias: satisfações na relação mãe-bebê; atividades realizadas com o bebê; e comunicação mãe-bebê. No terceiro mês após o nascimento, as mães demonstraram satisfações na relação mãe-bebê: *"Está sendo uma coisa maravilhosa porque é uma coisa nova a toda a hora que tu tá com ele. Tudo é divertido com ele, tua vida passa voando"* (M1); *"Fiquei superfeliz, gostei muito de estar com ele no meu colo. Eu penso que tenho que me cuidar, tenho que estar bem porque tenho ele para cuidar. Agora, em primeiro lugar é ele"* (M2).

Quanto às atividades realizadas com o bebê, todas as mães eram as principais responsáveis pelos seus cuidados e mencionaram pelo menos uma atividade do dia a dia que mais gostavam: *"Adoro ficar trocando a roupa dela! Ela se esperneia e dá risada"* (M3); *"No banho eu começo a brincar com ele, ele tá sempre se abrindo, já tá querendo bater os pezinhos"* (M4). No entanto, três mães (M1, M2, M4) ressaltaram que não gostavam da tarefa de dar a medicação preventiva da infecção ao bebê devido à reação apresentada por ele:

"A única coisa que eu não gosto de fazer é dar o remédio porque está sendo uma preocupação. Eu não posso deixar ele se agitar muito, senão ele vomita e aí tem que

dar de novo" (M1); *"Às vezes ele cospe [remédio], aí tem que segurar a boquinha dele para ele não cuspir. Tenho que ficar segurando ele, ao mesmo tempo ele fica chorando. Dá uma peninha, dá uma vontade de não dar, mas tem que dar"* (M2).

A última subcategoria se refere à comunicação mãe-bebê. Todas as mães comunicavam-se com seus bebês, principalmente através de conversas: *"Sempre me falaram que era bom conversar com o bebê desde a barriga e agora é a mesma coisa, tô sempre conversando com ele. Tudo que dou para ele eu explico, aí ele dá aquele sorrisinho"* (M4); *"A gente conversa, ela fica paradinha, fala toda enrolada, parece que tá conversando mesmo, sabe? Eu converso bastante com ela: 'Vamos se mudar, vamos trocar o xixi, vamos tomar banho pra ficar cheirosa e esperar o papai'"* (M5).

Ainda no que se refere à comunicação mãe-bebê, as mães relatavam que conseguiam identificar as necessidades de seus bebês através de suas reações:

"Alguma coisa quando não é boa ele chora. Quando ele tá com sono ele também chora, fica coçando o olho. Quando é manha ele fica choramingando, quando ele tá com fome ou se assusta ele chora bem forte, como se fosse uns gritos. A gente abraça ele, passa a mão no rostinho, na cabecinha. Daí ele agarra o nosso rosto e fica bem quietinho" (M2);

"Quando é choro de dormir eu já conheço, fazendo manhinha pra dormir, mas quando é outro choro, de cocô, xixi, ela começa a se puxar e resmungar, mas é um chorinho diferente. Se eu vejo que é uma manhinha, que não é pra dormir, eu já dou os brinquedinhos, deixo ela sentadinha no carrinho, paradinha" (M5).

Discussão

Considerando-se o conceito de bidirecionalidade (Brazelton & Cramer, 1992; Piccinini et al., 2001), os resultados referentes à maternidade, ao desenvolvimento do bebê e à relação mãe-bebê permitiram identificar diversas satisfações, mas também algumas dificuldades decorrentes da infecção pelo HIV na gestação e nos três meses de vida do bebê. A infecção pareceu influenciar a vivência da maternidade desde a gestação, inclusive contribuindo para a ambivalência inicial diante da notícia da gravidez (Maldonado, 1994), uma vez que surgiram muitas preocupações, entre elas o temor e a culpa diante da possível infecção do bebê.

Uma particularidade se refere à mãe que soube do diagnóstico no início da gestação (M1): ela referiu ter ficado desorientada, demonstrando mais especificamente as dificuldades do processo de assimilação do diagnóstico concomitante à notícia da gestação. Também ficou evidente entre as mães o medo do preconceito e a ansiedade diante de situações que pudessem levar à revelação do diagnóstico, como é o caso da não amamentação. Esses dados corroboram os achados de Carvalho e Piccinini (2006) sobre as dificuldades presentes na gestação em meio ao HIV.

Apesar desses medos e do eventual desconforto com o uso de antirretrovirais, prevaleceu a aceitação da gestação e a alegria com essa nova condição, semelhante ao já relatado por Moura e Praça (2006). Isso possibilitou que as gestantes vivenciassem as mudanças e ansiedade próprias da maternidade, como é o caso do medo do parto, relatado por Lopes et al. (2005) em gestantes primíparas não portadoras do HIV. As gestantes também ficavam se imaginando no desempenho do papel materno e, para isso, tomavam como modelo a ser seguido suas próprias mães. Ferrari et al. (2007) já referiram que são comuns, na gestação, sentimentos associados ao relacionamento com a própria mãe, o que auxilia a mulher na passagem da posição de filha para a de mãe, tendo por base as identificações com os próprios pais. Cabe considerar que todas as mães do presente estudo referiram modelos maternos positivos, o que se diferencia dos achados de Carvalho e Piccinini (2006). Pode-se pensar que essas diferenças se devam à variabilidade natural entre os casos e não estejam relacionadas a alguma tendência específica associada ao HIV/AIDS.

Alguns fatores parecem ter contribuído para a aceitação da gestação e sua vivência satisfatória pelas gestantes, entre eles o apoio recebido principalmente por parte do marido ou da família. Além disso, todas faziam acompanhamento pré-natal especializado em um serviço que, além do tratamento preventivo da infecção do bebê, também oferecia informações sobre a infecção e o tratamento. A importância dessa rede de apoio familiar e social no contexto do HIV/AIDS já havia sido descrita (Remor, 2002), bem como sua função atenuadora diante do impacto negativo da infecção.

No terceiro mês do bebê, prevaleceram relatos de alegria diante da maternidade. Algumas dificuldades,

entretanto, também se mostraram presentes, como a insegurança nos cuidados iniciais do bebê, que foi desaparecendo à medida que as mães vivenciavam a rotina de cuidados do bebê. Porter e Hsu (2003) haviam identificado que as percepções de autoeficácia em mães primíparas aumentavam ao longo dos primeiros três meses devido às experiências de cuidados com o bebê e à maior previsibilidade nos comportamentos dele, o que parece ter ocorrido também entre as mães do estudo.

Outras dificuldades relatadas eram específicas da infecção pelo HIV e se referiam à impossibilidade de amamentar. De forma geral, as mães do presente estudo sentiam-se desconfortáveis quando questionadas sobre o motivo de não amamentarem e, diante disso, inventavam diversas justificativas para evitar a revelação do diagnóstico. Também houve sentimentos de frustração, pois consideravam a amamentação parte importante da maternidade. As dificuldades quanto à não amamentação estão em conformidade com os achados da literatura, que referem a presença de frustração (Hugo, 2007), além de preconceitos e de medos diante da possibilidade de revelação da infecção (Moreno et al., 2006) entre as mães.

Apesar dessas dificuldades relativas ao HIV/AIDS, a satisfação com a maternidade prevalecia. Aos três meses de vida do bebê, as mães seguiam recebendo forte apoio de seus maridos e de suas famílias, formando o que Stern (1997) denominou matriz de apoio, que amenizava o impacto das exigências externas sobre as mães, permitindo que elas se voltassem para a maternidade. Seguindo os conceitos de Stern, as mães pareciam também estar vivenciando uma reorganização da identidade, revivendo antigas identificações parentais em busca de modelos de ser mãe. Na gestação, várias delas já mencionavam o desejo de seguir o modelo positivo de suas próprias mães, e, no terceiro mês, pareciam transmiti-lo na relação com seus bebês. Nesse sentido, elas se consideravam boas mães, atenciosas e carinhosas com seus filhos. A importância de um modelo materno positivo já havia sido discutida em outros estudos brasileiros com mães portadoras de HIV/AIDS. Gonçalves e Piccinini (2008), por exemplo, identificaram entre as mães investigadas a busca por modelos maternos positivos a fim de manter uma identidade materna forte, que ajudava a superar a infecção e lidar

com a maternidade. Por sua vez, no estudo de Carvalho e Piccinni (2006), as gestantes portadoras do HIV relataram modelos maternos negligentes e distantes, que eram relacionados por elas próprias as suas dificuldades quanto ao autocuidado e ao tratamento da infecção, demonstrando que a ausência de modelos maternos positivos pode tornar mais difícil lidar com as tarefas relativas ao HIV em meio à maternidade.

No que se refere ao desenvolvimento do bebê, as mães acompanharam o crescimento de seus bebês desde a gestação e gostavam de imaginar como eles seriam fisicamente. Elas imaginavam o jeito deles muitas vezes com base em suas percepções sobre os movimentos fetais. Isso representa uma forma de oferecer maior identidade ao filho e introduzir o seu espaço (Brazelton & Cramer, 1992), além de indicar o estabelecimento de um vínculo (Piccinini et al., 2004) que forma a base para a relação mãe-bebê após o nascimento.

Ainda na gestação, as mães demonstravam alguma preocupação com a saúde de seus bebês, relativas a malformações ou a sua possível infecção. Isso pode ser um indício de que as preocupações com a saúde do bebê, inerentes à gestação, estejam intensificadas na presença do HIV, já que a presença do vírus remete a um contexto de vulnerabilidade, salientado pela possível infecção do bebê (Rigoni et al., 2008).

Nos primeiros três meses de vida do bebê, as mães apresentaram algumas preocupações, mas muita satisfação quanto ao desenvolvimento e aparência física do filho, demonstrando a realização do luto pelo bebê imaginado na gestação (Lebovici, 1988) e uma adaptação tranquila ao bebê real. Por sua vez, os bebês apresentavam aquisições e habilidades esperadas para os três meses de vida, tais como maior força e movimentação nas pernas e mãos e maior atenção ao ambiente (Brazelton, 1994; Stern, 1997). As mães também referiram que seus bebês estavam ampliando o repertório de respostas às situações, que já incluía risadas, resmungos e balbucios, além do choro, o que corresponde ao descrito por Mäntymaa (2006). Embora nenhum bebê tivesse apresentado maiores problemas de saúde nos primeiros três meses, as mães demonstravam preocupações quando ao seu diagnóstico, mesmo com exames preliminares indicando resultado negativo. As mães esperavam com ansiedade o diagnóstico final, que só seria conhecido por volta do sexto mês de vida, porém

se mostravam mais confiantes do que na gestação em razão desses resultados preliminares e da evidência de que seus bebês estavam se desenvolvendo bem.

Quanto à categoria relação mãe-bebê, na gestação as mães se mostraram felizes ao saberem o sexo de seus bebês e logo escolheram nomes, frequentemente sugeridos por elas próprias. Muitas disseram já saber se seria menino ou menina, antes mesmo da confirmação, e algumas mencionaram como imaginavam a relação com o bebê considerando seu sexo. Esses aspectos, segundo Raphael-Leff (1997), seriam formas de personalizar o feto, o que já influencia o relacionamento entre mãe e bebê após o nascimento. Desde a gestação, as mães realizavam diversos cuidados visando à proteção de seus bebês, tais como o uso correto dos antirretrovirais, a adoção de uma alimentação saudável e cuidados com a própria saúde física e emocional. Tudo isso reflete uma forma de transmissão de afetos e de cuidados visando ao bem-estar do bebê. As mães referiam sentimentos positivos em relação ao bebê e estabeleciam interações com eles durante a gestação através de conversas ou de toques na barriga, o que demonstra o vínculo inicial e favorece a relação mãe-bebê após o nascimento (Piccinini et al., 2004).

Estiveram presentes expectativas positivas para a relação mãe-bebê, caracterizadas por proximidade e afeto. Porém, houve algumas preocupações com machucados que as mães pudessem ter, pois precisariam proteger o local para evitar o contato com o bebê e uma possível infecção. Embora não fossem preocupações intensas, é possível identificar que a ameaça da aids parece se fazer presente no cotidiano de cuidados e no contato direto com o bebê. Outra preocupação evidenciada era que o filho pudesse contrair o HIV no futuro, e, diante disso, algumas mães pensavam em revelar-lhe o próprio diagnóstico quando ele pudesse compreender para que ele próprio pudesse se prevenir e evitar uma possível infecção. Tal atitude evitaria a atmosfera de segredo familiar geralmente evidenciada quando o HIV/AIDS está presente e que muitas vezes pode oferecer riscos ao desenvolvimento infantil (Cardoso, 2006).

As mães relataram alegria e satisfação na relação com o bebê aos três meses de vida. Elas preferiam atividades em que seus bebês pareciam mais felizes, ou que interagiam mais, tais como o banho e a troca de

roupas. Percebe-se que a satisfação com o desenvolvimento do bebê, com seus comportamentos e habilidades, levaram as mães a se engajarem na interação com o filho, repercutindo em uma sintonia mútua (Mäntymaa, 2006). As mães relataram também que dar a medicação ao bebê era a atividade da qual menos gostavam, já que eles reagem mal. A reação negativa do bebê diante da medicação pode gerar ansiedade e tristeza na mãe, agregando dificuldades a esse momento, mas, em geral, isso não as impede de realizar o cuidado (Rigoni et al., 2008).

As mães gostavam de se comunicar com seus bebês e conseguiam entender o que eles expressavam através de suas reações, principalmente dos diferentes tipos de choro. Elas também atendiam prontamente seus bebês, mostrando-se sensíveis às suas necessidades. Diante disso, pareciam ter vivenciado o estado de preocupação materna primária, descrito por Winnicott (1968/1987), uma vez que conseguiam se identificar com as necessidades de seus bebês, atendendo-os e, assim, proporcionando um ambiente seguro para seu desenvolvimento.

Considerando-se o exposto, constata-se que a infecção pelo HIV agregou algumas dificuldades ao processo de maternidade e relação mãe-bebê, que por si só é repleto de mudanças, adaptações e incertezas. Entre essas, destaca-se a preocupação com a transmissão do vírus ao bebê, o medo do preconceito diante da revelação do diagnóstico, a frustração por não amamentar, a ansiedade diante do tratamento medicamentoso, além do temor de que o filho possa se infectar pelo vírus no futuro. No entanto, prevaleceram a realização com a maternidade, a alegria diante do crescimento e desenvolvimento saudável do bebê, além da satisfação oriunda dos momentos de interação.

Os casos investigados refletiam uma vivência positiva da maternidade e uma relação mãe-bebê repleta de afetos, em um contexto marcado pelo apoio do pai do bebê e de suas famílias, pelo modelo positivo de suas próprias mães, e pelo acesso ao tratamento preventivo da transmissão materno-infantil e a um acompanhamento pré-natal especializado. Isso leva a pensar que o HIV/AIDS por si só, embora agregue dificuldades, não parece afetar negativamente a maternidade e a qualidade da relação mãe-bebê, especialmente quando a mãe está inserida em um contexto apoiador e afetivo.

Cabe ressaltar que, apesar de diferenças observadas entre as mães quanto à idade e ao momento de vida, muitas foram as semelhanças encontradas, o que possibilita pensar que a ansiedade e satisfação verificadas entre essas mães são plausíveis de serem evidenciadas também em outras mães que vivenciam contextos de vida semelhantes aos da presente pesquisa. No entanto, sabe-se que essas participantes representam apenas uma parte da população de mães portadoras de HIV, o que torna importante mais investigação sobre o tema em contextos ainda pouco explorados: mães com sintomas de aids, não aderentes ao tratamento, ou cujos filhos se infectaram pelo vírus. A inclusão de observação das interações mãe-bebê também enriqueceria os achados na área. Estudos longitudinais que investigassem os primeiros anos de vida de crianças portadoras do vírus ou cujos pais são portadores trariam valiosas contribuições sobre o impacto do HIV/AIDS no desenvolvimento infantil. Uma vez que muitas manifestações de ansiedade relativas ao HIV/AIDS foram evidenciadas, é importante a mobilização de profissionais das equipes de saúde que atendem mães com HIV 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 auxiliar no caso de ansiedade intensa para que as mães possam propiciar e desfrutar de uma relação mãe-bebê afetiva e saudável, gerando um impacto positivo sobre o desenvolvimento infantil.

Referências

- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). *Boletim Epidemiológico AIDS/DST*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brazelton, T. B. (1994). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cardoso, E. M. (2006). Cuidando de crianças com HIV/AIDS. In S. M. M. Padoin, C. C. Paula, D. Schaurich & V. A. Fon-

- toura (Orgs.), *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.
- 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.
- Gonçalves, T. R., & Piccinini, C. A. (2008). Experiência da maternidade no contexto do HIV/AIDS aos três meses de vida do bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 24* (4), 459-470.
- Hugo, C. N. (2007). *Expectativas e sentimentos de mães portadoras do HIV/AIDS frente à recomendação de não-amamentação*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- 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* (1), 40-51.
- Lebovici, S. (1988). Maternidade. In G. Costa & G. Katz (Orgs.), *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.
- Maldonado, M. T. P. (1994). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Petrópolis: Vozes.
- Mäntymaa, M. (2006). *Early mother-infant interaction. Determinants and predictivity*. Tese de doutorado não-publicada, Medical School Tampere University Hospital, University of Tampere, Finland.
- Mian, L., Tango, L. A., Lopes, J., & Loureiro, S. R. (2009). A depressão materna e o comportamento de crianças em idade escolar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25* (1), 29-37.
- 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* (1), 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.
- Piccinini, C. A., Moura, M. L. S., Ribas, A. F. P., Bosa, C. A., Oliveira, E. A., Pinto, E. B., et al. (2001). Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 14* (3), 469-485.
- 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., Carvalho, F. T., Ramos, M. C., Gonçalves, T. R., Lopes, R. C. S., Hugo, C. N., et al. (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*. Porto Alegre: UFRGS. Projeto não-publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- 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.
- 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. (2008). Sentimentos de mães portadoras de HIV/AIDS em relação ao tratamento preventivo do bebê. *Psico USF, 13* (1), 75-83.
- Stake, R.E. (1994). Case studies. In N. Denzin, & Y. Lincoln (Orgs.), *Handbook of qualitative research* (pp.236-247). London: 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* (2), 116-118.
- Stern, D.N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1987). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1968).

Recebido em: 18/11/2008
 Versão final reapresentada em: 21/7/2009
 Aprovado em: 8/9/2009