

Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes¹

Fernanda Torres de Carvalho

Cesar Augusto Piccinini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

O presente estudo investigou os sentimentos de gestantes portadoras de HIV/Aids a respeito da própria infecção, sobre a maternidade e o bebê. Participaram seis gestantes, com idades entre 26 e 35 anos, de nível sócio-econômico baixo. Elas foram entrevistadas e suas respostas foram examinadas através de análise de conteúdo qualitativa, com base em três categorias: *Experiência de infecção pelo HIV/Aids*, *Sentimentos no contexto de gestação e HIV/Aids* e *Relações familiares e HIV/Aids*. Os resultados revelaram comportamentos sexuais de risco e dificuldade de assimilação do diagnóstico, com tentativas de justificar a origem da infecção. Também apareceram medos, culpas, preconceitos, frustração com a própria mãe, perda da figura materna, falta de apoio familiar e instabilidade na relação com o pai do bebê. Discute-se a importância de intervenções psicológicas com gestantes portadoras de HIV/Aids, visando à adesão ao tratamento e à prevenção da transmissão materno-infantil do HIV.

Palavras-chave: HIV/Aids; gestação; maternidade; sentimentos

ABSTRACT

Motherhood in the context of HIV infection: a study concerning the feelings of pregnant women

The present study investigated the feelings of HIV seropositive pregnant women, concerning their own infection, motherhood and the baby. Six pregnant women, aged between 26 and 35 years old, from low socioeconomic status, took part in the study. They were interviewed and their answers were examined through qualitative content analysis, divided in three categories: *Experience concerning the HIV/Aids infection*, *Feelings about pregnancy and HIV/Aids* and *Family relations and HIV/Aids*. The results revealed sexual risk behaviors, difficulty in accepting diagnosis and the need to justify the origin of their infection. Fears, guilty, prejudices, frustration with their own mother, loss of the maternal figure, lack of family support and instability in the relationship with the baby's father were also revealed. The importance of psychological interventions aiming to treatment's adherence and prevention of the mother-child transmission of HIV/Aids are discussed.

Keywords: HIV/Aids; pregnancy; motherhood; feelings

Aproximadamente 90% dos casos notificados de infecção por HIV/Aids em menores de 13 anos é resultado da transmissão da mãe para o filho (Ministério da Saúde, 2002). A transmissão materno-infantil do HIV/Aids pode se dar de três maneiras: 1) por disseminação transplacentária, que pode ocorrer durante a gestação ou trabalho de parto; 2) a exposição do feto ao sangue ou secreções da mãe durante a passagem pelo canal de parto; e 3) através do leite materno. A maioria dos casos de transmissão ocorre durante o trabalho de parto e parto (65%), sendo 35% o índice de infecção intra-útero. O aleitamento materno representa risco adicional de contágio de 7% a 22% (Mi-

nistério da Saúde, 2002). A partir do Protocolo ACTG 076, comprovou-se que o uso de zidovudina (AZT) durante a gestação (via oral), durante o trabalho de parto e parto (endovenosa) e pelo recém-nascido (via oral) até 48 horas após o nascimento reduz o índice de transmissão vertical em 67% (Azevedo, 2001; Ministério da Saúde, 2006). O uso de terapia anti-retroviral combinada pode reduzir a taxa de transmissão vertical para menos de 3% (Ministério da Saúde, 2006), podendo chegar a 1% (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2004).

Com relação aos aspectos emocionais, a infecção pelo HIV/Aids por si só representa um choque pro-

fundo, e isto adquire uma dimensão ainda mais complexa no contexto de uma gestação. Maksud (2003) afirma que a gestação de uma mulher portadora de HIV/Aids transcende as questões técnicas que possam estar envolvidas. A autora salienta que, no sistema de saúde, predomina o medo quanto ao surgimento da gestação, sendo um temor não somente pelo risco de infecção do bebê, mas um temor ao risco social que simbolicamente está associado à reprodução na presença do vírus. O preconceito e a discriminação se tornam temas presentes na vida da mulher soropositiva, o que poderá interferir na forma como vivenciará a maternidade.

O impacto da soropositividade na vida de mulheres foi estudado por Santos e cols. (2002). As autoras afirmaram que a maioria das mulheres sentia que a infecção pelo HIV/Aids mudou tudo em sua vida sexual. Menos da metade delas manteve vida sexual ativa após o diagnóstico, porém mais da metade mencionou desejo de ter relações sexuais. Uma em cada cinco mulheres afirmou ter vontade de engravidar, tendo sido identificada associação positiva entre pensar em ter filhos e a motivação para lutar pela vida. Além disso, o papel de cuidadora desempenhado pelas mulheres pode prejudicar sua qualidade de vida, seja nas situações em que a mulher tem que cuidar do companheiro que também adoeceu (Vermelho, Barbosa & Nogueira, 1999), seja na atividade de mãe, com a preocupação que o filho adoeça, o medo de perdê-lo e o receio de ser contrariada nas expectativas que formou em relação a ele (Tunala, 2002).

Em geral, mulheres portadoras de HIV/Aids continuam engravidando, algumas sem planejamento, outras intencionalmente (Paiva, 2002; Wesley & cols., 2000). No estudo de Wesley e cols., os autores investigaram as atitudes de mães norte-americanas portadoras de HIV/Aids com filhos de até dois anos de idade em relação à maternidade. Os resultados mostraram que os sentimentos dessas mulheres sobre a maternidade eram positivos. Elas encontraram um novo sentido na vida sendo mães, percebendo a maternidade como um meio de suprirem suas próprias necessidades e enxergando nos filhos uma extensão de si mesmas. De qualquer forma, os riscos relativos a sua saúde foram muito pouco considerados, ficando evidenciada uma resistência em entrar em contato com seu próprio estado sorológico.

Outros estudos têm procurado entender as razões que levam as mulheres com HIV/Aids a quererem engravidar. Siegel e Schrimshaw (2001), em um estudo com 51 mulheres norte-americanas portadoras de HIV/Aids, verificaram três motivos principais: porque

seus companheiros queriam; porque não conseguiram acompanhar o crescimento dos filhos que já tinham; e para sentirem-se mais completas e felizes, razões estas que não parecem muito diferentes das apresentadas por mulheres que não têm a infecção. Os autores perceberam que a decisão de engravidar costumava trazer preocupação e angústia. Contudo, as mulheres, mesmo temendo pela sua saúde e a do bebê, não viam esses riscos como algo que diminuía o desejo de ter um filho. Esteve bastante presente o sentimento de que ter filhos é uma atividade natural da mulher e que entrar em contato com a sua condição feminina as tornaria completas e mais felizes.

Com base nesses estudos, evidenciou-se a importância de se examinar as questões relativas à maternidade em mulheres portadoras de HIV/Aids, ressaltando-se a necessidade de maior compreensão desse processo ao longo da gestação. Desta forma, o presente estudo teve como objetivo investigar os sentimentos de gestantes portadoras de HIV/Aids a respeito da própria infecção, da maternidade e do bebê.

MÉTODO

Participantes

Participaram desse estudo seis gestantes portadoras de HIV/Aids, selecionadas em uma unidade de saúde em Porto Alegre, sendo uma primípara e as demais multíparas. As gestantes tinham entre 26 e 35 anos, e eram de nível socioeconômico baixo. Elas não apresentavam problemas de saúde, afora a infecção pelo HIV/Aids, e os bebês não apresentavam sinais de malformações. Todas estavam com mais de cinco meses de gestação, o que afastava o risco de perda gestacional e a presença de movimentos fetais reforçava a construção do vínculo materno-fetal. Quanto à escolaridade, uma delas tinha dois anos de estudo, duas tinham cinco anos de estudo, uma completou ensino fundamental e outras duas completaram ensino médio. Com exceção de duas, as demais trabalhavam. Três delas viviam com companheiros e, entre as demais, uma era divorciada, uma era solteira e a outra tinha um namorado com quem passava alguns períodos morando junto. A forma de infecção em todos os casos foi sexual, com uma variação entre dois meses e cinco anos no tempo de diagnóstico. Duas souberam do HIV/Aids no pré-natal atual. A heterogeneidade das participantes permitiu uma maior riqueza dos dados. Todas estavam realizando profilaxia contra o HIV/Aids nos bebês, apesar de que somente uma tinha adesão ao próprio tratamento antes de engravidar.

Delineamento e procedimentos

Utilizou-se o delineamento de estudo de casos coletivo (Stake, 1994), investigando-se qualitativamente sentimentos de gestantes portadoras de HIV/Aids a respeito da própria infecção, da maternidade e do bebê. Assim, buscou-se examinar os casos em profundidade, buscando compreender tanto as particularidades como as semelhanças entre os casos. Uma vez confirmado o interesse de participação das gestantes, foram preenchidas a ficha de contato inicial (GIDEP, 1998a), a entrevista de dados demográficos do casal (GIDEP, 1998b) e a entrevista sobre a maternidade em situação de infecção pelo HIV/Aids (Carvalho & Piccinini, 2004). As entrevistas foram realizadas individualmente, em local privativo, na própria unidade de saúde e foram gravadas em fita cassete para transcrição e análise. O estudo teve a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Instrumentos

- a) Ficha de contato inicial (GIDEP, 1998a): investigou idade, estado civil, informações sobre outros filhos, sobre o pai do bebê, bem como tempo de gestação, condições de saúde durante a gestação, tempo de infecção pelo HIV/Aids e possível forma de infecção, além de endereço e telefone.
- b) Entrevista de dados demográficos do casal (GIDEP, 1998b): investigou configuração de moradia, religião, situação profissional e etnia do casal, além de dados adicionais à ficha de contato inicial, sobre condições de saúde da gestante, sobre a infecção pelo HIV/Aids e acompanhamento médico.
- c) Entrevista sobre a maternidade em situação de infecção pelo HIV/Aids (Carvalho & Piccinini, 2004): baseada em entrevista similar, intitulada Entrevista sobre a maternidade e as expectativas da gestante (GIDEP, 1998c), composta por sete blocos de questões que abordam os seguintes temas: a gestação, o significado da maternidade, as reações da família e do companheiro frente à notícia da gravidez, expectativas em relação ao bebê, mudanças com a chegada de um filho e a história da infecção pelo HIV/Aids em suas vidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise de conteúdo qualitativa foi utilizada para examinar as respostas à entrevista. Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se a leituras exaustivas do material, para a identificação de categorias extraídas dos textos que respondessem ao objetivo do estudo (Bardin, 1979). Conforme classificação de Laville e Dione (1999), utilizou-se então o modelo aberto de definição de categorias, já que estas foram determinadas a partir do conteúdo coletado, sem terem sido estabelecidas *a priori*. A análise realizada baseia-se na *construção iterativa de uma explicação* em que, conforme os autores, o investigador elabora uma explicação lógica do fenômeno, inter-relacionando as categorias, subcategorias e interpretações. As categorias identificadas foram as que seguem: 1) *Experiência de infecção pelo HIV/Aids*, com as subcategorias *comportamento sexual de risco, diagnóstico, busca da origem da infecção, preconceitos, HIV/Aids como castigo e conscientização pela gestação*; 2) *Sentimentos no contexto da gestação e do HIV/Aids*, com as subcategorias *medo em relação ao parto, medo da infecção no bebê, medo da morte do bebê, medo da própria morte, medo de não ver o crescimento do filho e culpa*; e 3) *Relações Familiares e HIV/Aids*, com as subcategorias *frustração em relação à figura materna, perda da figura materna, apoio familiar e relação com o pai do bebê*. A seguir, descrevem-se as principais características de cada categoria, exemplificando-as com falas das próprias gestantes². Em seguida, apresenta-se a discussão dos dados de cada categoria, a partir da articulação da mesma com a literatura na área de HIV/Aids.

I – Experiência de infecção pelo HIV/Aids

Nesta primeira categoria, foram incluídos os relatos sobre a experiência da infecção, a partir do entendimento e do enfrentamento das gestantes diante de sua soropositividade. Os relatos foram agrupados nas seis subcategorias a seguir.

1. *Comportamento sexual de risco*: Identificou-se nas falas das participantes que as práticas preventivas, ou a falta delas, por vezes estiveram pautadas em critérios que não consideravam os riscos à saúde. De forma geral, as gestantes demonstraram que teriam condições para identificar os próprios riscos, mas tenderam a se isentar, em função do desejo de ter um filho, da confiança que tinham na relação, transferindo para os parceiros a responsabilidade com a própria saúde. Assim, mesmo demonstrando condições de

entendimento, quatro delas, ao fazerem uma retrospectiva da forma de infecção, mencionaram não terem percebido que poderiam estar se expondo a riscos, conforme o relato: “Tinha um boato [de que ele tinha HIV], mas eu pensava assim, que eu conhecia ele desde pequeno e eu achei que ele nunca ia fazer uma maldade comigo” (G4)³.

2. *Diagnóstico*: Verificou-se que, quando o diagnóstico foi fornecido sem suporte e aconselhamento, a experiência foi mais difícil: “Quando eu recebi o diagnóstico, eu não estava preparada e me veio aquela carta. Ninguém me falou nada na hora, não me chamaram na sala. (...) a vontade que eu tive era de acabar com a minha vida ali. (...) Só que foi diferente o resultado do segundo [confirmatório]. Ela [psicóloga] conversou comigo (...) Daí eu não entrei em desespero” (G2). Outro aspecto identificado nessa subcategoria foi a dificuldade das participantes em assimilar o diagnóstico. Em não aceitando sua soropositividade, mesmo tendo acesso gratuito ao tratamento, quatro delas ficaram afastadas do tratamento: “Eu disse: ‘eu não quero saber’. Então, quer dizer, dali eu já sabia que eu tinha o HIV, só que eu nunca aceitei. Só quando eu tava muito frágil de saúde que daí eu fui [aceitar]” (G1). Esta dificuldade em aceitar o diagnóstico apareceu em todas as gestantes, independentemente do tempo em que estavam convivendo com a infecção – algumas já há anos, enquanto outras a partir do teste no pré-natal atual.

3. *Busca da origem da infecção*: Uma busca pela origem da infecção apareceu como forma de melhor compreendê-la e até mesmo de justificá-la. Evidenciou-se a necessidade das participantes de mostrar que o HIV/Aids não era resultado de um passado de comportamentos não-aceitáveis ou de promiscuidade: “Fui casada, nunca fui uma pessoa leviana, me separei, tinha os meus filhos pra criar, só trabalhava, não tinha tempo pra... Fui dançar, eu acho que umas quatro, cinco vezes depois de separada. Então não tem como eu ter pego de um qualquer” (G6). Buscar a origem da infecção, além de ser uma preocupação ligada à saúde física ou ao tratamento, pareceu se tratar de uma preocupação com a própria autoimagem.

4. *Preconceitos*: O preconceito apareceu como um tema importante, mencionado de algum jeito por todas as gestantes. Percebeu-se que a discriminação era proveniente de diferentes contextos, vindo da sociedade, da família e delas mesmas: “Vivo sofrendo preconceito, com a minha própria família mesmo, minhas irmãs e meu pai. Por isso que eu me afastei deles. (...)

Acho que [contar] foi a pior coisa que eu fiz (...) Elas [as irmãs] acham que se eu convidasse elas pra comer, e eu fizesse uma comida, que eu ia colocar sangue na comida de propósito” (G1). Foi possível identificar que as gestantes foram expostas a inúmeras situações de discriminação, que dificultaram o enfrentamento da infecção e a recomposição de suas vidas.

5. *HIV/Aids como castigo*: Outra tentativa de entendimento da infecção foi a percepção da presença do HIV/Aids como um castigo: “Meu Deus do céu me castigou tanto assim, me dá a doença, sabe (...) Eu devo ter alguma coisa pra pagar. (...) Fico pensando, meu Deus, por que será que eu estou passando por tudo isso? De repente, eu acho que é alguma coisa que eu fiz” (G2); “É uma coisa [o HIV] que eu tenho certeza que eu peguei do meu pecado. Se eu tivesse ido por um caminho mais certo. (...) Claro que vem aquela coisa que quer namorar e tudo, mas ainda assim vai seguindo o caminho certo. Eu acho que daí não teria pecado nenhum” (G1). De maneira geral, os depoimentos das gestantes evidenciaram crenças de que a infecção seria consequência de atitudes erradas, de pecados. Por mais que não conseguissem identificar os supostos erros, elas consideravam que estes existiram, em alguns casos, ligados por elas à vivência indevida da sexualidade.

6. *Conscientização pela gestação*: Os relatos também revelaram a importância que as participantes passaram a atribuir à infecção frente à gestação, pois a gravidez levou-as a se conscientizarem da soropositividade. Para todas, o bebê foi a motivação principal do tratamento: “Se hoje eu não tivesse grávida, eu não sei até onde eu ia. Porque isso eu te falo: ‘eu não ia nunca vir aqui me tratar e eu ia começar a fazer tudo o que eu tava fazendo. Ia começar a beber, a sair, ir pra festa, não ia cuidar de mim’. Às vezes eu fico pensando assim: ‘tu não quis cuidar de ti, mas agora do teu filho tu vai ter que cuidar’” (G3). A gestação, assim, foi uma experiência que estimulou o autocuidado para as gestantes.

Discussão dos relatos sobre a experiência de infecção pelo HIV/Aids

Examinando a literatura sobre HIV/Aids, identificam-se estudos que corroboram os resultados gerais encontrados. Avaliando os comportamentos sexuais de risco, chama a atenção que, para as gestantes, a dimensão afetiva em alguns momentos dificultou a adoção de práticas sexuais mais seguras. A falta de

prevenção se deu, na visão delas, porque se tratavam de relações de confiança, sem qualquer risco de infecção. Estudos demonstraram esse entendimento, indicando a crença de que o casamento ou a confiança seriam fatores de proteção contra o HIV/Aids (Nunes, 1998; Silva, 2002; Silveira & Carvalho, 2002). Além disto, as questões de gênero também são apontadas na literatura como fatores importantes, já que as mulheres são consideradas mais vulneráveis (Parker & Camargo, 2000), com dificuldades para negociar o uso de preservativo (Antunes, Peres, Paiva, Stall & Hearst, 2002; Oliveira, Meyer, Santos & Wilhems, 2004; Praça & Gualda, 2003). Outro motivo para não usar o preservativo, identificado no estudo, foi o desejo reprodutivo do casal, também descrito na literatura (Feliciano & Kovacs, 2003).

Após o resultado positivo para HIV, algumas gestantes não conseguiram assimilar a realidade da infecção. Saber-se soropositiva, para muitas delas, era uma confirmação, já que tinham a suspeita de estarem se expondo a riscos. Mesmo assim, ficou evidente a dificuldade em aceitar a notícia da soropositividade, o que resultou na falta de iniciativa para o próprio tratamento após o diagnóstico, dentre aquelas que haviam descoberto antes da gestação atual. É plausível se pensar que emocionalmente tenha sido muito difícil para as participantes enfrentarem seus diagnósticos, já que todas relataram resistências na aceitação dos mesmos. Endossando outros achados (Azevedo, 2001; Domingues, 1998a; Paiva, Latorre, Gravato & Lacerda, 2002), as gestantes também demonstraram que a forma como foi transmitido o diagnóstico foi relevante para a assimilação. Em função do impacto de um resultado positivo, é importante a presença de um profissional capacitado, para oferecer suporte emocional no momento da notícia (Azevedo, 2001).

Os depoimentos também mostraram que, após a assimilação da situação sorológica, houve a necessidade de justificar a forma de infecção. Elas buscaram explicar que se infectaram de um companheiro estável e que não eram promíscuas. Concluir que pegaram HIV de um parceiro fixo diminuía o sentimento de que seus comportamentos estariam fora dos padrões esperados de uma mulher de respeito. A associação do HIV e da Aids a desvios sexuais, promiscuidade e prostituição pode ser considerada uma marca na história desta epidemia e segue como um aspecto enraizado do estigma (Domingues, 1998a; Grimberg, 2002; Morando, 1998; Parker & Aggleton, 2001). Mesmo que atualmente se fale em condutas de risco e vulnerabilidade, historicamente, a Aids vinha sendo associa-

da aos ditos grupos de risco, como de prostitutas, usuárias de drogas e homossexuais (Domingues, 1998b; Oliveira & cols., 2004; Valle, 2002).

A partir dos preconceitos existentes e da imagem social do HIV/Aids, ligada a comportamentos pouco aceitáveis, a infecção vem sendo percebida como um castigo (Figueiredo & Fioroni, 1997; Silva, 2002). Neste estudo, algumas participantes acreditavam que estavam pagando algum pecado através da infecção. Nessa perspectiva, existiria um pecado que as tornariam merecedoras da infecção. Talvez essa crença também tenha contribuído para o afastamento da possibilidade de prevenção e, ainda, pode ter tornado inviável por um tempo a tomada de consciência do diagnóstico. Tal diagnóstico, nesse caso, seria sentido como a confirmação do merecimento do castigo, o que poderia gerar forte sofrimento.

Nesse contexto, a maternidade parece ter representado uma oportunidade para mudança de crenças e atitudes. No papel de mães, elas sentiram mais intensamente a responsabilidade do cuidado com a saúde. Nos depoimentos, como os exemplificados na subcategoria 'conscientização pela gestação', chama a atenção que três participantes, entre as quatro que já se sabiam portadoras de HIV/Aids antes da gestação, se sentiram obrigadas a fazer tratamento, mesmo explicitamente contrariadas, em função de terem se descoberto grávidas. Elas se negavam ao tratamento como mulheres, mas não como mães. Esta mudança de comportamento pode estar associada tanto a aspectos subjetivos como sociais e históricos do ser mulher e mãe. Como mãe, a mulher parece utilizar-se de todos os recursos disponíveis para cumprir seu papel de protetora, o que pode justificar a opção pela profilaxia, mesmo a contragosto.

II – Sentimentos no contexto da gestação e do HIV/Aids

Essa categoria é composta por relatos referentes aos sentimentos das gestantes ao se perceberem como infectadas pelo HIV/Aids. Agruparam-se os conteúdos em seis subcategorias, apresentadas a seguir.

1. *Medo em relação ao parto*: Esse medo foi relatado por todas as gestantes, em particular, pelo parto ter que ocorrer na presença do HIV/Aids: “*Eu me preocupo se eu vou passar bem [no parto]. Eu não sei como é que tu recebe AZT injetável, eu não sei se ele dá algum tipo de reação*” (G5); “*Meu medo é esse. Eu tenho que passar por uma cesárea justamente pelo HIV e justamente pelo nenê*” (G3). Entre os medos,

destacou-se o de ter que tomar AZT (zidovudina) injetável na hora de ganhar o bebê, da possível necessidade de cesariana, juntamente com temores com relação aos riscos ligados à própria saúde.

2. *Medo da infecção no bebê*: Em cinco depoimentos, o medo de transmissão do HIV/Aids para o bebê esteve enfatizado, demonstrando que esta tem sido a principal preocupação de algumas gestantes: “*Eu tenho medo, agora o meu receio é com o neném. Tenho medo que nasça soropositivo*” (G5); “*A pior das hipóteses, seria essa, né de fazer exame no nenê e não dar certo*” (G3). No depoimento da sexta gestante, ficou evidente a dificuldade de aceitar a idéia de infecção do seu filho. “*Acho que isto [a possível infecção do filho] é uma coisa que eu travei na minha cabeça e que eu não quero nem pensar. Aí, eu não sei se eu estaria preparada para isto* (G1)”.

3. *Medo da morte do bebê*: Outro medo identificado foi o de perder o bebê. Sendo a Aids uma doença sem cura, ela parece estar introduzindo o tema da morte na gestação: “*E se for para ti perder... Tô tomando os remedinhos, tudo direitinho (...) o bebê nasceu bem, só que de repente faleceu.... Então imagina... tu olha ali o quarto cheio de mãe feliz com os filhos e tu não vê teu filho*” (G2). Elas vivenciavam o medo da perda do bebê antes mesmo dele nascer. “*Quando eu vi o bebezinho na televisão [ultrasonografia], eu senti uma... não é um sentimento de perda, mas um sentimento bem triste. Eu acho que de repente eu já vou perder o bebê*” (G3). De forma geral, o medo da morte parece ser expressivo e gerar sofrimento, em um momento em que diversos outros sentimentos também afloram.

4. *Medo da própria morte*: Os depoimentos revelaram também o medo da própria morte. Foi possível perceber que as gestantes com menor tempo de diagnóstico enfatizaram mais o medo de morrer. Para estas, a preocupação com seu tempo de vida pareceu forte. “*Eu não sei quanto tempo eu vou durar, principalmente agora. (...) mais um ano, dois anos, cinco anos, dez, vinte anos, não sei. Ou eu vou morrer amanhã*” (G2); “*O meu sentimento é que eu estraguei minha vida... eu fico pensando assim, que agora eu estou mais próxima de morrer do que antes*” (G4). O menor tempo de diagnóstico esteve ligado a uma maior intensidade desse temor, o que se trata de um resultado esperado.

5. *Medo de não ver o crescimento do filho*: Alguns relatos mostraram o medo das gestantes de não terem saúde suficiente para desempenharem o papel de mães

para seus filhos e criá-los. Além da possibilidade da morte, a sua ausência poderia ocorrer como consequência de problemas físicos decorrentes da infecção. “*Meu martírio é em relação aos meus filhos, até quando eu vou estar bem para ficar do lado deles, até quando eu vou poder tê-los assim comigo, sabe?*” (G5); “*Essa é a preocupação maior: se eu vou conseguir ter saúde pra conseguir criar*” (G1). As incertezas quanto à própria saúde levou a incertezas quanto à possibilidade de exercerem o papel materno e de cuidarem de seus filhos.

6. *Culpa*: As gestantes se sentiam culpadas por terem contraído HIV/Aids, por estarem grávidas e por estarem colocando em risco a saúde do bebê. Percebe-se que, com isso, elas tiveram dificuldade de aceitar o que estava acontecendo, pela dificuldade de “se perdoar”: “*Eu não conseguia dormir à noite, chorei muito e me culpei muito por isso*” (G5); “*Aí é uma coisa que tu vai te culpar o resto da vida de botar uma criança no mundo com uma porcaria dessa né, porque é legítima porcaria*” (G6). O seu próprio comportamento foi visto como responsável pelos riscos que o bebê estava correndo, e, por mais que se esforçassem, para elas, sempre restaria algo que poderia ter sido feito.

Discussão dos sentimentos no contexto da gestação e do HIV/Aids

Experienciar a maternidade em conjunto com a soropositividade apareceu como fonte de dúvidas e temores bastante intensos para as gestantes do presente estudo. Elas preocupavam-se com diversos fatores, sendo um deles a necessidade de tomar AZT injetável na hora de o bebê nascer. Esse medo demonstra a importância da transmissão de informações e do acompanhamento dos sentimentos da gestante durante o acompanhamento pré-natal. Possivelmente, parte do medo dessas mulheres ocorria em função de fantasias geradas a partir da falta de informações. Juntamente com o medo do parto, identificou-se o medo da infecção no filho. Se aceitar a idéia do próprio diagnóstico já era difícil, aceitar a idéia de passar o HIV para o bebê era ainda mais penoso. Algumas expressaram esse medo de maneira enfática, enquanto outras expressaram a dificuldade que enfrentavam para pensarem nessa possibilidade. Assim, de maneira geral, a preocupação com a saúde do filho foi algo presente em todos os depoimentos. Isso corrobora achados de outros estudos, que indicam que mães portadoras de HIV/Aids têm medo que seus filhos sofram preconceito, que

adoçam e que morram (Santos & cols., 2002; Tunalá, 2002).

Além da doença, a morte surgiu como uma possibilidade que também assustava bastante. Chama a atenção a associação que ainda existe entre Aids e morte, apesar dos avanços recentes no tratamento da infecção. Todas as gestantes referiram medo da morte. Na literatura, encontra-se que a epidemia teve sua imagem social construída a partir de pessoas já em estágio avançado de doença, com a morte muito próxima (Guimarães, 1998; Valle, 2002). Com isso, a Aids segue sendo uma doença fortemente associada à morte no imaginário das pessoas (Domigues, 1998a; Seffner, 1995; Valle, 2002). Isso foi identificado por Seffner, ao revelar que o diagnóstico de HIV/Aids exige da pessoa infectada o confronto com sua própria mortalidade, quase sempre evitada. A experiência mostra que as pessoas que recebem o diagnóstico cedo e que têm uma boa adesão ao tratamento podem viver bem (Valle, 2002). Na verdade, a Aids vem se transformando em mais uma doença crônica, que limita a vida dos afetados em alguns aspectos, mas não significa necessariamente morrer ou ser deficiente.

Nos depoimentos das gestantes, constatou-se ainda o sentimento de culpa, que apareceu a partir da identificação de uma pessoa “inocente” envolvida na infecção pelo HIV: o bebê. Como mulheres, era mais fácil tolerar a presença do vírus, porém como mães, isso estava menos aceitável. Diante do que foi exposto, percebe-se que essas mulheres temiam a possibilidade de não conseguirem ser mães para seus filhos. Por si só, uma doença sexualmente transmissível vem sendo historicamente bastante condenável em uma mulher “de família” (Del Priore, 1993). Por outro lado, as mulheres têm a responsabilidade histórica da procriação, da utilização de seus corpos para gerarem e cuidarem dos filhos (Del Priore, 1993; Maldonado, 1997). O estigma ligado à doença, associado à história da sexualidade feminina, parece incidir sobre as gestantes do presente estudo, gerando, dentre outros aspectos, o sentimento de culpa. Considerando-se a força desse processo histórico, constata-se que a Aids vem exigindo uma reformulação profunda de papéis e valores (Barbosa & Aquino, 2003). A partir disso, pode-se pensar que, quando surge a gestação, aparece também a culpa, conferindo uma conotação condenável ao ato de uma mulher gerar um filho nestas condições. Estudos mostram que mulheres soropositivas seguem desejando ser mães (Paiva, 2002; Siegel & Schrimshaw, 2001; Wesley e cols., 2000) e seguem engravidando, encontrando um novo sentido na vida

com a maternidade (Wesley & cols., 2000). Porém, nas ações em saúde destinadas a portadores do HIV/Aids, o desejo reprodutivo nem sempre é considerado (Paiva, 2002), como se ele não existisse, ou devesse ser negado. Nota-se, desta forma, que o processo gestacional dessas mulheres tende a ser uma experiência pautada pela tensão, insegurança e, sobretudo, pelo sofrimento, que merece acolhimento e atenção por parte das equipes de saúde.

III – Relações familiares e HIV/Aids

A terceira categoria é composta pelos relatos ligados ao relacionamento familiar no contexto do HIV/Aids. Quatro subcategorias foram construídas, apresentadas a seguir.

1. *Frustração em relação à figura materna*: As gestantes do presente estudo deram depoimentos íntimos e sofridos, ligados à frustração que sentiram pela relação com suas mães em alguns momentos. Durante os relatos, ficou visível a comoção, tendo algumas delas começado a chorar. Foi possível perceber que as dificuldades enfrentadas com as suas mães ao longo da vida, mesmo que, por vezes, pertencentes ao passado, pareciam estar vivas até hoje: “*Lá em casa, é cada um por si, sabe. (...) Nunca tive aquele carinho de mãe. (...) Eu nunca ouvi um te amo da minha mãe. Eu posso contar nos dedos o dia que a minha mãe me deu um abraço e um beijo, por que às vezes até o meu aniversário ela não lembra*” (G4). Ainda, foi possível identificar situações que envolviam violência doméstica. “*Eu ficava perto dela e ela me queimava com ponta de cigarro na bunda pra que eu saísse de perto dela*” (G2). Experiências difíceis na história de vida foram predominantes para cinco gestantes entrevistadas.

2. *Perda da figura materna*: A perda da mãe por falecimento foi um aspecto comum nas histórias de vida de quatro participantes. Esses conteúdos foram considerados importantes, na medida em que as gestantes fizeram relação entre a perda de suas mães e sua soropositividade. “*Depois que ela [minha mãe] morreu daí que aconteceu muita coisa que aconteceu na minha vida: eu saí de casa e aconteceu tudo que aconteceu. Eu acho que muita coisa poderia ter sido diferente [se ela não tivesse morrido]. Eu acho que daí não teria pecado nenhum [a infecção] (G1); “Hoje, se eu não sou ninguém, [começa a chorar] se eu sou o que eu sou [soropositiva], foi porque eu perdi essa fortaleza [a mãe adotiva] (G2)”*. Esses aspectos da história de vida parecem contribuir para o entendimento da vivência da maternidade para essas gestantes.

3. *Apoio familiar*: Todas as gestantes consideravam não ter apoio suficiente de seus familiares. Foi possível constatar a preocupação delas quanto à falta de suporte em relação ao seu futuro, já que a impressão transmitida pela gestante era a de estar sozinha: “*Eu vou ter que batalhar sozinha pelos dois [filhos]. É o que me assusta um pouco, não sei se vou ter forças pra tudo isso, porque eu não tenho apoio*” (G5); “*Eu renunciei à minha família, porque eles me renunciaram. Quer dizer, então, eu renunciei porque fui renunciada, e ele [meu companheiro] não tem a família dele*” (G1). Foi possível notar que elas se sentiam sozinhas ou preocupadas, em função das atitudes dos familiares.

4. *Relação com o pai do bebê*: Os relacionamentos entre as gestantes do estudo e o pai do bebê estavam marcados pela instabilidade: “*Esse pelo menos eu sei quem é o pai. Mas saber também é a mesma coisa que não saber, porque, sempre que tem que dar alguma coisa, tem que ser na justiça mesmo. Eu não posso esperar nada dele*” (G4). Em dois casos, foi possível identificar que existiam conflitos na relação do casal há mais tempo, antes mesmo da chegada da gestação: “*A gente vive brigando que nem gato e cachorro, separa e volta, separa e volta. E ele arruma as coisas e vai embora e pára tudo de novo e vem, entendeu?*” (G3). Para as demais, o conflito chegou com a notícia da gravidez: “*Ele não acredita que o filho seja dele. Eu disse para ele, ‘tu vai embora e me procura só quando a criança nascer’. E nunca mais vi [ele]*” (G5).

Discussão dos relatos sobre as relações familiares e HIV/Aids

Os relatos foram explícitos ao demonstrarem a importância das relações familiares, tanto passadas como presentes, na vivência da soropositividade. Na concepção de algumas gestantes do estudo, se a mãe tivesse sido mais próxima, se não tivesse falecido, nada do que elas estavam vivendo ocorreria. O que, então, pode ter faltado (ou estar faltando)? Cuidado? Proteção? As entrevistas mostraram que algumas gestantes, de fato, tiveram e continuavam tendo dificuldade para o autocuidado. O HIV/Aids exige o confronto com a própria feminilidade, com a sexualidade, com crenças e valores bem profundos. Esse processo não acontece em pouco tempo, já que atinge questões profundas de identidade e auto-imagem (Guimarães, 1998). Dentro disso, a gestação pode ter propiciado a força que faltava para a necessidade de busca de cuidados com a saúde. Alguns depoimentos explicitaram de forma intensa o sofrimento que foi para algumas gestantes

do estudo o fato de suas mães não lhes terem oferecido cuidado e proteção da forma como desejariam. Elas relataram situações de negligência, de distância afetiva, violência e perdas. Como mulheres, vinha sendo difícil tomar uma atitude em direção ao cuidado, deixando de ter práticas preventivas e também deixando de buscar tratamento para a própria infecção. Na relação com suas próprias mães é possível que o cuidado não tenha se estabelecido satisfatoriamente, mas elas mesmas, na condição de mães, talvez poderiam tornar a transformação possível.

Estudos demonstram que mulheres portadoras de HIV/Aids encontram um novo sentido na vida sendo mães, percebendo a maternidade como um meio de suprirem suas próprias necessidades, e enxergando nos filhos uma extensão de si mesmas (Wesley & cols., 2000). Parece presente o sentimento de que ter filhos é uma atividade natural da mulher e que entrar em contato com a sua condição feminina as tornariam completas e mais felizes (Siegel & Schrimshaw, 2001). Corroborando esses achados, Santos e cols. (2002) encontraram associação positiva entre pensar em ter filhos e a motivação para lutar pela vida. Com base nisso, pode-se entender a gestação como um processo positivo na vida dessas mulheres, auxiliando-as a cuidarem de si.

Outro ponto explicitado nessa categoria é a questão do apoio familiar para as gestantes. Além de mencionarem a falta da presença afetiva da família ao longo de suas vidas, especialmente da mãe, elas demonstraram sentir essa lacuna no momento atual. Alguns estudos indicam que as relações familiares são fonte de preocupação para pessoas soropositivas (Figueiredo & Fioroni, 1997; Knauth, 1995; Seffner, 1995), e isso também foi identificado nos depoimentos das gestantes do presente estudo.

Em alguns casos, as gestantes relataram situações em que se sentiram discriminadas pelos próprios familiares, o que constituiu a vivência explícita do preconceito. Isso foi responsável por um afastamento do convívio com a família, trazendo, para algumas, bastante sofrimento. Em outros casos, o preconceito também parece ter prejudicado o apoio familiar, quando algumas gestantes deixaram de revelar seus diagnósticos à família, pressupondo que seriam rechaçadas. Não houve aí situações explícitas de preconceito, porém o medo antecipou um afastamento e a solidão. Chama a atenção que as gestantes, em sua totalidade, sentiam que lhes faltava apoio da família. Considerando que a literatura e o atendimento a portadores do HIV/Aids indicam a família como um dos fatores

mais importantes na manutenção da saúde dessas pessoas (Knauth, 1995; Remor, 2002), pode-se pensar que as dificuldades podem se manter para algumas das participantes do presente estudo, tendo em vista a ausência do apoio familiar. Foi possível identificar a solidão de algumas das participantes e o sofrimento que as acompanhava. Elas sentiam que teriam que lidar sozinhas com tudo o que viria pela frente após o nascimento do bebê. Os casos estudados levam a crer que a maternidade em situação de infecção pelo HIV/Aids pode ser um processo solitário, que exige muita força interior das gestantes. Problemas psíquicos como depressão e ansiedade, além da diminuição da qualidade de vida, são descritos como fatores associados à falta de apoio a pessoas portadoras de HIV/Aids (Remor, 2002). Nos atendimentos a essa população, então, parece importante que o profissional reforce a participação da família. Isso, além de estar descrito na literatura (Gulinelli & cols., 2004; Silveira & Carvalho, 2002), pode ser inferido como muito importante, a partir dos depoimentos do presente estudo.

Juntamente com isso, a relação das gestantes com os pais dos bebês estava marcada pela instabilidade. Nos depoimentos, elas demonstraram que tanto o HIV/Aids, como a gestação nesta situação, podiam gerar problemas entre o casal. O diagnóstico, em alguns casos, foi responsável pela separação do casal, temporária ou definitiva. Parece que a notícia do HIV/Aids em um dos membros do casal gerou ou aumentou os conflitos, levando à culpabilização. Um aspecto a ser ressaltado nesse sentido é o fato de que, em três casos, a maternidade foi um desejo colocado acima dos possíveis riscos que poderiam representar ao parceiro. A infecção pelo HIV/Aids em mulheres em idade reprodutiva carrega a marca de ser um impeditivo à reprodução (Maksud, 2003; Morando, 1998; Paiva, 2002), ao mesmo tempo em que se identifica ainda hoje a maternidade como uma experiência que define a mulher (Paiva, 2002; Santos & cols., 2002; Siegel & Schrimshaw, 2001; Wesley & cols., 2000). Como administrar a tarefa de ter e de não ter que ser mãe? Emocionalmente pode ser difícil para uma mulher lidar com essas questões, somadas a outras dificuldades que a infecção lhe traz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Explicitaram-se histórias de vida sofridas, marcadas por insatisfações em relação à figura materna e à família, além das dificuldades socioeconômicas, características do grupo estudado. A soropositividade,

neste contexto, parece ter surgido como mais um aspecto difícil a ser enfrentado, talvez o maior de todos, vivenciada como um castigo a comportamentos condenáveis, somada ainda a diversos tipos de preconceito. Associada à gestação, a soropositividade demonstrou trazer medos, culpas, além de conflitos internos e com as pessoas ao redor. Diante de tudo isso, apresentava-se às gestantes a necessidade de tomar decisões importantes quanto à profilaxia para prevenção da transmissão do HIV ao bebê. Assimilar a infecção pelo vírus parece ter sido uma tarefa bastante penosa para estas gestantes, o que, em alguns casos, parece ter sido impulsionado pela chegada de um filho.

Considerando este quadro geral, intervenções psicológicas são fundamentais junto a essa população, na medida em que as gestantes vivem sob pressão emocional, familiar e social. Elas precisam tomar decisões importantes, ter força de vontade para aderirem à profilaxia, o que pode ficar difícil na presença de preconceitos, falta de apoio familiar, instabilidade na relação com o pai do bebê, medos e culpas constantes. Assim, examinar a maternidade na presença do HIV é importante para o enriquecimento teórico e, principalmente, para a identificação das necessidades de intervenções em saúde. Os depoimentos oferecidos são um exemplo de que esta é uma população ainda pouco assistida em seus aspectos psicológicos, necessitando de intervenções.

Ao final deste estudo, constata-se que alguns pontos poderiam ser melhorados ou aprofundados. A opção pelo método qualitativo de estudo de casos coletivos forneceu subsídios para o aprofundamento de fatores emocionais pouco conhecidos até o momento. Esses resultados poderão ser utilizados por profissionais de saúde, o que poderá representar benefício aos atendidos. De forma complementar, seria interessante o desenvolvimento de pesquisas de caráter quantitativo que confirmassem, em um número maior de gestantes, a presença dos sentimentos e experiências identificados neste trabalho. Outro ponto a ser destacado diz respeito ao fato de as gestantes terem sido contactadas em um centro de saúde. Este procedimento introduziu uma característica *a priori* às gestantes entrevistadas, que foi o fato de elas terem buscado atendimento em um centro de saúde. Isto pode ser indicação de uma preocupação peculiar destas gestantes com a sua saúde e a do bebê. Fica-se sem saber o que acontece com aquelas que não têm procurado centros de saúde.

Uma questão que merece novos estudos se refere à saúde das gestantes após o nascimento do bebê. Constatou-se que a adesão ao tratamento esteve fortemente ligada à presença da gestação. Isto leva ao questionamento sobre a continuidade do acompanhamento dessas mulheres depois do nascimento do filho, o que tem relação estreita com a maternidade em situação de infecção pelo HIV. Neste sentido, se fazem necessários estudos que examinem a maternidade depois da chegada do filho, a fim de compreender eventuais mudanças na adesão ao tratamento das mães e dos bebês.

Por fim, salienta-se o fato de que todas as gestantes receberam, ao participarem do estudo, uma escuta sensível e acolhedora. Tudo o que foi ouvido ao longo das entrevistas retratou ainda mais a importância do acompanhamento emocional oferecido a estas gestantes, neste momento de extremo sofrimento, em que elas precisam lidar com seus aspectos subjetivos e ainda com os estigmas sociais.

REFERÊNCIAS

- ABIA (2004). *Casais sorodiscordantes: dicas para uma vida saudável, segura e feliz*. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro.
- Antunes, M. C., Peres, C. A., Paiva, V., Stall, R. & Hearst, N. (2002). Diferenças na prevenção da AIDS entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 88-95.
- Azevedo, K. M. L. (2001). Transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana, como reduzir o risco? *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 13 (6), 49-53.
- Barbosa, R. M. & Aquino E. M. L. (2003). Cultura sexual, ciência e política: uma entrevista com Richard Parker. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (2), 455-464.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70/Livraria Martins Fontes. (Original publicado em 1977)
- Carvalho, F. T. & Piccinini, C. A. (2004). *Entrevista sobre a maternidade em situação de infecção pelo HIV*. Instrumento não publicado, Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia – GIDEP, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Del Priore, M. (1993). *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Domingues, R. C. (1998a). Considerações psicossociais sobre a testagem anti-HIV. Em L. Morano & R. Guimarães. (Orgs.), *AIDS: olhares plurais: ensaios esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS* (pp. 52-84). Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais.
- Domingues, R. C. (1998b). Uma reflexão sobre os atores e fatores psicossociais nos ensaios clínicos de produtos terapêuticos no campo do HIV/AIDS. Em L. Morano & R. Guimarães. (Orgs.), *AIDS: olhares plurais: ensaios esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS* (pp. 41-52). Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais.
- Feliciano, K. V. & Kovacs, M. H. (2003). As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 3 (4), 393-400.
- Figueiredo, M. A. C. & Fioroni, L. N. (1997). Uma análise de conteúdo de crenças relacionadas com a AIDS entre participantes em ONGs. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 2 (1), 28-41.
- GIDEP – Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia. (1998a). *Ficha de contato inicial*. Instrumento não publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- GIDEP – Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia. (1998b). *Entrevista de dados demográficos do casal*. Instrumento não publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- GIDEP – Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia. (1998c). *Entrevista sobre a maternidade e as expectativas da gestante*. Instrumento não publicado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Grimberg, M. (2002). Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH/SIDA en jóvenes de sectores populares: un análisis antropológico de género. *Horizontes Antropológicos*, 8 (17), 47-75.
- Guimarães, R. (1998). A inter-relação estigma e trajetória da doença causada pelo HIV. Em L. Morano & R. Guimarães. (Orgs.), *AIDS: olhares plurais: ensaios esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS* (pp. 85-110). Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais.
- Gulinelli, A., Aisawa, R. K., Konno, S. N., Morinaga, C. V., Costardi, W. L., Antonio, R. O., Dumarco, R. B., Moino, R. M., Katz, M., Giavarotti, S., Skarbnik, A. P. Z., Forcione, C. S., Chiba, T. & Martins, M. A. (2004). Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50 (1), 41-47.
- Knauth, D. R. (1995). Um problema de família: a percepção da AIDS entre mulheres soropositivas. Em J. Ferreira (Org.), *Semiologia do corpo* (pp. 379-390). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Laville, C. & Dione, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Maksud, I. (2003). Soropositividade, conjugalidade e projetos reprodutivos. [Resumos] Em Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Org.), *Anais, VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva* (p. 621). Brasília, DF: ABRASCO.
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva.
- Ministério da Saúde (2002). *Assistência à parturientes/puérperas portadoras do HIV e/ou com sífilis, e seus bebês, nas maternidades*. Brasil: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2006). *Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasil: Ministério da Saúde.
- Morano (1998). Ética e AIDS. Em L. Morano & R. Guimarães. (Orgs.), *AIDS: olhares plurais: ensaios esparsos sobre a epi-*

- demia de HIV/AIDS* (pp. 11-30). Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais.
- Nunes, M. M. S. (1998). Carta registrada. Em L. Morano & R. Guimarães. (Orgs.), *AIDS: olhares plurais: ensaios esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS* (pp. 181-198). Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais.
- Oliveira, D. L. L. C., Meyer, D. E., Santos, L. H. S. & Wilhelms, D. M. (2004). A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5), 1309-13-18.
- Paiva, V. (2002). Sem mágicas soluções: a prevenção ao HIV e à AIDS como um processo de "Emancipação Psicossocial". Em R. Parker & V. Terto Júnior (Orgs.), *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS*. (pp. 20-27). Rio de Janeiro: ABIA.
- Paiva, V., Latorre, M. R., Gravato, N. & Lacerda, R. (2002). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (6), 1609-1619.
- Parker, R. & Aggleton, P. (2001). *Estigma, discriminação e Aids* [Coleção ABIA: Cidadania e Direitos, Vol. 1]. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids: Rio de Janeiro.
- Parker, R. & Camargo, K. R. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (1), 89-102.
- Praça, N. S. & Gualda, D. M. R. (2003). Risco de infecção pelo HIV: como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (1), 14-20.
- Remor, E. A. (2002). Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (3), 283-287.
- Santos, N. J. S., Buchalla, C. M., Ventura-Filipe, E., Bugamelli, L., Garcia, S. & Paiva, V. (2002). Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 12-23.
- Seffner, F. (1995). AIDS, estigma e corpo. Em J. Ferreira (Org.), *Semiologia do corpo* (pp. 391-415). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Siegle, K & Schrimshaw, E. W. (2001). Reasons and justifications for considering pregnancy among women living with HIV/AIDS. *Psychology of Woman Quarterly*, 25, 112-123.
- Silva, C. G. M. (2002). O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 40-49.
- Silveira, E. A. A. & Carvalho, A. M. P. (2002). Familiares de clientes acometidos pelo HIV/AIDS e o atendimento prestado em uma unidade ambulatorial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (6), 813-818.
- Stake, R. E. (1994). Case studies. Em N. Denzin & Y. Lincoln (Orgs.), *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247). Londres: Sage.
- Tunala, L. G. (2002). Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 24-31.
- Valle, C. G. (2002). Identidades, doença e organização social: um estudo das "pessoas vivendo com HIV e AIDS". *Horizontes Antropológicos*, 8 (17), 179-210.
- Vermelho, L. L., Barbosa, R. H. S. & Nogueira, S. A. (1999). Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (2), 369-379.
- 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, 291-304.

Recebido: 21/06/2006

Revisado: 28/09/2006

Aceito: 18/12/2006

Notas:

- ¹ Este artigo é baseado em parte da dissertação de mestrado de Fernanda Torres de Carvalho, realizada e apresentada no Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação de Cesar Augusto Piccinini.
- ² Na dissertação de Carvalho (2005), encontram-se inúmeros relatos, que caracterizaram detalhadamente as categorias. As falas de diferentes mães, citadas neste artigo, são separadas por ponto e vírgula.
- ³ As gestantes serão identificadas por números, a fim de preservar o anonimato.

Sobre os autores:

Fernanda Torres de Carvalho: Psicóloga (PUCRS); Especialista em Saúde Coletiva (ESP/RS); Mestre e Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação do Prof. Dr. Cesar Piccinini.

Cesar Augusto Piccinini: Doutorado e pós-doutorado pela *University College London* (Inglaterra); Pesquisador do CNPq e Professor do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço para correspondência: Instituto de Psicologia – UFRGS – Rua Ramiro Barcelos, 2600/111 – 90035-006 Porto Alegre – RS. Endereço eletrônico: torresdecarvalho@yahoo.com.br.