

# O impacto da soropositividade no vínculo mãe-bebê em gestantes diagnosticadas com HIV

Luisa Lacerda Rique,  
Mírian Rique de Souza Brito Dias  
Maíra Mendes Faria  
Clarissa Maria Lopes Dubeux Barros  
Fernanda Gomes Vasconcelos

## RESUMO

A pesquisa objetivou estudar a construção do vínculo mãe-bebê em gestantes soropositivas, a partir da análise dos impactos do diagnóstico para essas mulheres, identificando os sentimentos envolvidos em relação ao bebê e à maternidade, e buscando compreender a vivência da construção do bebê imaginário em gestantes soropositivas. Foi realizada pesquisa transversal, do tipo qualitativa com referencial teórico psicanalítico. Participaram seis mulheres, com idade entre 19 e 36 anos e tempo de gravidez entre quatro e oito meses. Assim, de acordo com o que emergiu a partir das entrevistas, foram estabelecidas as seguintes categorias de análise para Discussão: Conhecimento do diagnóstico, Sentimentos relacionados à gravidez e Construção do vínculo com o bebê. A partir da fala das participantes e das articulações teóricas feitas à luz da psicanálise, foi possível perceber que o vínculo mãe-bebê não é necessariamente prejudicado pela presença do HIV. O desejo de que os filhos fossem saudáveis e a preocupação com relação ao futuro deles esteve presente no discurso das mulheres como importante realidade construída. Além disso, foi possível conceber a existência de um ser, por meio da imaginação e conversa com os bebês, promovendo a aposta para o lugar do sujeito.

*Palavras-chave:* Gravidez; soropositividade; psicanálise; saúde materno-infantil; vínculo afetivo.

## ABSTRACT

### The impact of seropositivity in the mother-baby bond in HIV-diagnosed pregnant women

This research aimed to study the construction of the mother-baby bond in HIV-positive pregnant women, from the analysis of the impacts of the diagnosis to these women, identifying the feelings involved about the baby and motherhood, and seeking to understand the experience of the construction of the imaginary baby in HIV-positive women. A cross-sectional research was performed in qualitative type and using psychoanalysis as the theoretical framework. Six women participated, aged between 19 and 36 years and time of pregnancy between four to eight months. According to the research aim and the material collected, the following categories were established for discussion: knowledge of the diagnosis, feelings related to pregnancy and construction of the bond with the baby. From the content of what was said by the interviewees and theoretical articulations from psychoanalysis, it was realized that mother-baby bond is not necessarily prejudiced by HIV existence. The desire for their children to be healthy and concerned about the future of them as an important constructed reality. Further, it was possible to conceive the existence of a human being through imagination and talking with babies promoting the bet to subject's place.

*Keywords:* Pregnancy; seropositivity; psychoanalysis.

## Sobre os autores

L. L. R.  
<https://orcid.org/0000-0002-5677-9151>  
Faculdade Pernambucana de Saúde  
Recife - PE  
[luisariquepsi@gmail.com](mailto:luisariquepsi@gmail.com)

M. R. de S. B. D.  
<https://orcid.org/0000-0003-3405-9724>  
Faculdade Pernambucana de Saúde  
Recife - PE  
[mirianbritodias@gmail.com](mailto:mirianbritodias@gmail.com)

M. M. F.  
<https://orcid.org/0000-0003-0243-8404>  
Faculdade Pernambucana de Saúde  
Recife - PE  
[maimaria@gmail.com](mailto:maimaria@gmail.com)

C. M. L. D. B.  
<https://orcid.org/0000-0003-4790-8203>  
Faculdade Pernambucana de Saúde  
Recife - PE  
[Clarissa.barros@fps.edu.br](mailto:Clarissa.barros@fps.edu.br)

F. G. V.  
<https://orcid.org/0000-0001-8030-4220>  
Faculdade Pernambucana de Saúde  
Recife - PE  
[fernandagvas@gmail.com](mailto:fernandagvas@gmail.com)

## Direitos Autorais

Este é um artigo de acesso aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC.



A gravidez é um período marcante na vida de uma mulher, acarretando importantes mudanças biológicas e psicológicas para esta, e em alguns casos é o momento de descoberta da soropositividade. O vírus HIV acomete o sistema imunológico, atingindo os linfócitos T CD4+ e pode levar ao surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) que, por sua vez, interfere no funcionamento adequado do sistema imunológico (Olds & Papalia, 2000). Sabe-se que o uso de medicamentos corretos evita o desenvolvimento da AIDS, dificulta a transmissão do vírus e proporciona uma melhor qualidade de vida ao portador. No que se refere à transmissão vertical, isto é, de mãe para filho, também é sabido que a aderência da gestante ao tratamento antirretroviral e a suspensão da amamentação impedem que o bebê seja contaminado.

Bastos et al. (2019) trazem o medo de transmissão e o preconceito como motivos principais para o sentimento de culpa nas gestantes. Receber o diagnóstico da soropositividade para HIV durante o pré-natal pode implicar em uma vivência de sofrimento em diferentes contextos na vida da mulher. Sentimentos de angústia, medo, incerteza, culpa e o risco de transmissão para o bebê são as maiores preocupações relacionadas ao processo de ser uma mãe soropositiva (Medeiros et al., 2015).

A perspectiva psicanalítica indica a relação mãe-bebê como fundamental para o desenvolvimento saudável do sujeito e é construída antes mesmo da gestação, sendo influenciada pelas fantasias e emoções maternas. Szejer e Stewart (1998) afirmam que a vivência do indivíduo quando criança é crucial para caracterizar a parentalidade que será exercida futuramente. As relações edípicas da mulher, representadas inconscientemente através das vivências com os que cuidaram dela, influenciam na forma como exercerá o papel de mãe. Ou seja, a maneira como foi filha é fator que define o seu lugar de mãe no futuro. Para Lebovici (1987), há três bebês na construção psíquica materna: o edípico, o imaginário e o propriamente dito. O bebê edípico é entendido como o mais inconsciente e tem relação com essa experiência da mulher com suas figuras de cuidado. O bebê imaginário é considerado um produto da expectativa da mãe, aquele que vai receber o investimento da libido narcísica. Ele é construído durante a gestação, geralmente com maior intensidade no início do segundo trimestre, ou seja, quando a chance de abortar diminui e os movimentos fetais começam a ser sentidos. O bebê imaginário tem seu ápice no sétimo mês da gravidez e depois passa por um processo de diminuição do investimento da libido, uma forma de preparação para o encontro com o bebê propriamente dito, que é aquele que nasce e que a mãe irá segurar nos braços (Ferrari et al., 2007).

Lebovici (1987) também afirma que a construção do bebê imaginário é de extrema importância para estabelecer um vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, visto que a relação entre ambos tem início antes do nascimento. É através dessa relação

que a mãe vai atribuir uma personalidade ao feto, de forma que não irá se deparar com alguém estranho quando recebê-lo. Para tanto, é importante diferenciar o termo feto do termo bebê. Enquanto feto é mais utilizado na literatura médica para se referir ao bebê durante o período de gestação, o termo bebê é mais adequado à visão psicanalítica, pois envolve não apenas o corpo físico, mas o investimento dos pais no bebê, isto é, suas expectativas e a imagem mental que se constrói sobre ele, seu corpo e sua personalidade, a partir dos desejos inconscientes e fantasias desses pais, que o antecipam enquanto sujeito (Piccinini et al., 2009).

Para os pais, ter um filho é investir em um objeto de amor que representa seu próprio narcisismo há muito abandonado. Em um texto de 1914, Introdução ao Narcisismo, Freud (1914/2018a) apresenta a ideia de que existe um investimento libidinal originário no Eu que, futuramente, será cedido aos objetos, mas que fundamentalmente permanece relacionado a este Eu. O autor afirma que o amor dos pais nada mais é senão o renascimento do narcisismo que foi transformado em amor objetal. Para ter um filho, é necessário amar o que fomos, o que gostaríamos se desejou ser e aqueles que cuidaram de nós para, assim, investir narcisicamente em um bebê. No filho que a mulher dá à luz, uma parte de seu próprio corpo surge à sua frente, como outro objeto ao qual pode, então, dar, a partir do narcisismo, o pleno amor objetal. O tempo cronológico da gravidez é necessário para a constituição psíquica da mulher como mãe, pois permite a emergência de conteúdos psíquicos recalcados, relativos a experiências e fantasias infantis. Ou seja, a gravidez é uma experiência do encontro da mulher consigo mesma. Além disso, permite a elaboração do bebê como tal, pois a mãe passa a percebê-lo como um "outro", objeto de suas projeções (Aragão, 2007).

Desta forma, questiona-se como o narcisismo materno é revivido em gestantes portadoras de HIV, visto que as coloca diante da possibilidade de gerar um outro que é parte de seu próprio corpo, porém não saudável. Estima-se que o HIV não é impeditivo para a criação do vínculo entre mãe e bebê; entretanto, os sentimentos de medo, insegurança e culpa experienciados por mulheres soropositivas afetariam os processos que o envolvem, como a criação do bebê imaginário.

Diante do exposto, a presente pesquisa teve como objetivo estudar a construção do vínculo mãe-bebê em gestantes soropositivas, a partir da análise dos sentimentos associados ao diagnóstico para essas mulheres, identificando os sentimentos envolvidos em relação ao bebê e à maternidade, buscando compreender a vivência da construção do bebê imaginário em gestantes soropositivas.

## MÉTODO

### CARACTERÍSTICAS GERAIS DO ESTUDO

A pesquisa realizada foi do tipo qualitativo, que, de acordo com Minayo (2002), possibilita a articulação do que não pode ser quantificado e teve como recorte o transversal, caracterizado por ocorrer em determinado período da vida das participantes (Cruz e Neto, 2002). Foi utilizado o referencial teórico da Psicanálise.

### LOCAL

Serviço de Atenção Especializada (SAE) de um centro hospitalar do Nordeste do Brasil.

### PARTICIPANTES

Mulheres que vivem com o vírus do HIV, tendo manifestação sintomática da AIDS ou não, maiores de idade, gestantes a partir do segundo trimestre de gravidez, acompanhadas no setor referido acima, que tenham descoberto a soropositividade na presente gestação ou anteriormente. Foram entrevistadas seis mulheres com idades entre 19 e 36 anos. A amostragem foi por conveniência.

### INSTRUMENTOS

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2018. Essa etapa aconteceu, inicialmente, com a aplicação de um questionário sociodemográfico, e em seguida na forma de entrevistas semi-dirigidas a partir de um roteiro com perguntas disparadoras que abordaram sobre a descoberta e planejamento da gravidez, tempo de conhecimento da condição sorológica, sentimentos mais frequentes durante a gestação, rede de apoio, percepções e expectativas sobre o bebê, entre outras.

### CAPTAÇÃO DE PARTICIPANTES

Para a captação de participantes, inicialmente, realizou-se o contato com a ginecologista obstetra do setor para explicar os objetivos da pesquisa. A ginecologista disponibilizou a sua agenda médica e, através das pacientes marcadas, investigou-se os prontuários das mesmas para identificar quais delas estavam no critério de inclusão da pesquisa. Após esse momento, as pesquisadoras compareceram ao serviço nos dias em que a ginecologista atendia. Na sala de espera, uma pesquisadora abordava as pacientes que aguardavam a consulta, de modo a verificar interesse de participação e elegibilidade para a pesquisa. Nesse momento da coleta houve dificuldade na captação das participantes, visto que algumas não se mos-

traram disponíveis. Estima-se que esta indisponibilidade se deu em função do conteúdo investigado, que poderia mobilizar sentimentos indesejados nas participantes, mesmo tendo sido garantido o suporte psicológico, caso necessário, com a psicóloga responsável do setor. Outro fator que também corroborou com a indisponibilidade de algumas participantes foi o receio de, por estarem realizando a entrevista, não serem atendidas pela médica na ordem de chegada, bem como a preocupação com o retorno para casa, dentre as quais algumas citaram o trânsito ou outros compromissos.

### PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

O processamento de análise de dados foi realizado através da análise de conteúdo baseada em Laurence Bardin (2016/1977). O ponto de partida do tratamento dos dados se deu pela transcrição do material gravado para arquivos em computador. Em seguida, foi feita a leitura flutuante, que se caracteriza por ser o momento em que o pesquisador passa a ter um maior contato com o texto, buscando compreender o que não foi dito explicitamente. Após a leitura flutuante foi feita a categorização dos assuntos mais relevantes e repetidos. Tais assuntos foram agrupados em temas relacionados aos objetivos da pesquisa. Por fim, realizou-se a análise e interpretação do material obtido baseada no referencial teórico utilizado na pesquisa.

### ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira conforme a resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde sob o CAAE nº 78572717.4.0000.5201. Para as pacientes que concordaram em participar da pesquisa, foi entregue o TCLE seguido do questionário sociodemográfico. As entrevistas aconteceram em um local fechado e foram audiogravadas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a pesquisa foram entrevistadas seis mulheres, com idade entre 19 e 36 anos e tempo de gravidez entre quatro e oito meses. Apenas uma estava grávida do primeiro filho. Antes de dar início à discussão, faz-se necessária a breve apresentação de cada uma das participantes, todas representadas com nome fictício, a seguir:

Dandara: 36 anos, estava na 26ª semana de gestação do sexto filho. Afirmou viver com o companheiro, tendo o vírus sido transmitido pelo mesmo e descoberto há 7 anos na gravidez anterior. Nenhum de seus outros filhos foi diagnosticado. Disse que a gravidez foi planejada e desejada e relata sentir

que a vida está melhor depois do HIV. Apenas a família do companheiro sabe do diagnóstico.

**Frida:** 29 anos, estava na 31ª semana de gestação do primeiro filho. No momento da entrevista se declarou casada e que já tinha conhecimento da soropositividade há 1 ano e 6 meses através do marido. A gravidez foi desejada e, assim que descobriu o diagnóstico, informou à médica que a ajudou a alcançar a carga viral zerada para que pudesse engravidar. A família não sabe do diagnóstico.

**Maria da Penha:** 33 anos, estava na 28ª semana de gestação do terceiro filho. Afirmou viver com o seu segundo marido, pai apenas do bebê da gestação em questão. Referiu ter conhecimento do vírus HIV há três anos, tendo contraído com o seu companheiro anterior. Gravidez não planejada, mas tem boa expectativa para a chegada do bebê. A família tem conhecimento do diagnóstico e não a apoia em relação à gravidez.

**Elza:** 19 anos, 21ª semana de gestação da segunda filha. Teve transmissão vertical do vírus pela sua mãe. Durante a entrevista, relatou viver com o seu companheiro. Não se mostra animada em relação à gravidez que não foi planejada. Entrevistada fica calada em vários momentos e responde à maioria das perguntas com “não sei”. A família tem conhecimento do diagnóstico.

**Joana:** 19 anos, estava na 16ª de gestação do seu terceiro filho. Afirmou viver com seu parceiro. A gravidez não foi planejada e só foi descoberta no terceiro mês. Descobriu o HIV quando estava grávida da sua segunda filha. Relatou que seus pais sabiam da sua condição e a apoiavam; entretanto, seu marido desconhecia e ela afirmou ter medo de contar. Ficou feliz quando descobriu estar grávida, mas, depois sentiu tristeza por causa da soropositividade, e afirma que a transmissão é seu maior medo na gestação.

**Olga:** 23 anos, 37ª semana de gestação de seu segundo filho. Relatou viver com seu parceiro. Gravidez planejada e desejada. Descobriu o HIV na gestação atual e afirmou que seu parceiro a apoiou e estava fazendo o tratamento, mas, até o momento da entrevista, não havia pego o resultado. Olga acredita que seu parceiro já tinha conhecimento da soropositividade. Afirmou que não foi bom descobrir durante a gravidez e que não estava sendo bom e não engravidaria se soubesse do diagnóstico. A família não sabe do diagnóstico.

A partir da caracterização de cada participante, destaca-se que Dandara e Frida relataram ter conhecimento prévio do HIV e desejo de engravidar; enquanto que Maria da Penha, Elza e Joana afirmaram possuir conhecimento prévio do diagnóstico, sem desejo de engravidar; apenas a participante Olga referiu desconhecimento do diagnóstico de HIV e desejo de engravidar. Desta forma, será exposto ao longo do texto que as diferentes situações vivenciadas pelas participantes da pesquisa reverberaram em construções de vínculo também

distintas e singulares em relação aos seus bebês, à gravidez e ao diagnóstico de HIV. Assim, de acordo com o objetivo da pesquisa e com o que emergiu a partir das entrevistas, foram estabelecidas as seguintes categorias de análise para Discussão: Conhecimento do diagnóstico e seus primeiros desdobramentos, Sentimentos relacionados à gravidez e Construção do vínculo com o bebê.

### CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO E SEUS PRIMEIROS DESDOBRAMENTOS

Esta categoria pretende discutir o conhecimento do diagnóstico pelas gestantes entrevistadas, seus discursos sobre ele e a relação delas com a sorologia, destacando questões relacionadas à sexualidade, rede de apoio e tratamento. Identificou-se, dentre as seis entrevistadas, que duas delas descobriram o diagnóstico em gestação anterior; duas a partir da descoberta do marido; apenas uma no pré-natal da gravidez atual e uma que foi infectada por transmissão vertical e tem conhecimento desde criança.

Apesar de não se encontrarem na mesma situação, apareceram, no discurso dessas mulheres, a negação, a tristeza e o medo como primeira reação, seguidas da aceitação a partir de diversas formas de enfrentamento. Este dado pode também ser encontrado em outras pesquisas como a de Bertagnoli e Figueredo (2017), que trazem como achados tais sentimentos. Joana relatou que “[...] quando o exame deu reagente eu só falei enlouquecer, né, dentro da sala da médica, eu não acredito nisso não [...]” e Maria da Penha afirmou que “Quando eu descobri... foi um desânimo. Até chorava eu, quando mamãe descobriu, mamãe também chorava... Aí eu disse é... mas, agora é chorar pelo leite derramado? Agora é bola pra frente, poder se tratar.”

Os sentimentos retratam a relação das mulheres com suas soropositividades, sendo estes elementos que levam ao entendimento do processo de formação do vínculo mãe-bebê, considerando que nesta relação existe o receio da contaminação do feto, a relação com os próprios corpos, e o discurso geralmente carregado de preconceito do outro. Assim, pode-se pensar a sexualidade que, no contexto desta pesquisa, tem sua importância expressa na ideia de que é a partir dela que a mulher contrai o vírus do HIV, e também, a partir dela que engravida.

Nesta pesquisa, as seis mulheres participantes viviam com o companheiro. Para compreender a relação da mulher com a infecção e a soropositividade, vale uma discussão sobre as relações de gênero na sociedade contemporânea, a fim de perceber como o lugar ocupado pela mulher pode caracterizar a vulnerabilidade, como no trecho a seguir:

Nossa hipótese é de que a construção da identidade feminina, assentada a perspectiva assimétrica e em lugar

de desvantagem é um dos elementos que contribui para a nossa análise sobre o gênero feminino e infecção pelo HIV, traduzindo uma facilitação de riscos de exposição ao contágio, a partir das dificuldades de negociação sexual (Carvalho, 2003, p. 84).

Deste modo, percebe-se na fala de algumas participantes que, nas relações amorosas em que estão envolvidas, as relações de gênero se estabelecem de forma que existem papéis desempenhados por homens e mulheres sustentados pela cultura do patriarcado. Coloca-se assim a mulher em uma posição de submissão, mesmo que de forma velada. Nas relações sexuais, principalmente quando se trata do casamento, a utilização de preservativo é uma decisão que muitas vezes acaba sendo delegada ao homem, fato que foi relatado por Maria da Penha “Ele é doido. Ele faz que não bate bem da bola não, que ele diz que não gosta de preservativo não.”

Esta fala é uma ilustração em que é possível notar que, mesmo a mulher não concordando, submete-se à vontade do marido de não usar preservativo. Neste caso, retomamos a apresentação inicial das participantes; Maria da Penha não planejou a gravidez, sendo assim, a submissão em que ela se coloca ao ter relações sexuais sem uso de preservativo se sobrepõe à sua decisão reprodutiva, tendo como consequência uma gravidez não planejada. Além do supracitado, o não uso do preservativo a coloca em risco, pois mesmo tendo baixa probabilidade de transmitir o HIV para o parceiro enquanto estiver em tratamento, ela pode contrair por ele infecções sexualmente transmissíveis.

Essa submissão pode ser explicada pela construção social de identidade feminina vinculada ao casamento, como trazido por Bertagnoli e Figueredo (2017), de que a mulher abre mão de seus desejos em prol do relacionamento, sustentando a ideia de relação de poder entre os gêneros. Dandara, ao falar sobre a infecção pelo parceiro:

[...] ele diz assim pra mim, que errou, me pede ... me pediu muito perdão até hoje... mas o que a gente vê assim no futuro...é nem eu ter mais ninguém, nem ele ter mais ninguém... ficou só a gente ... Ele diz assim: que foi o modo de Deus unir a gente pra a gente não se separar.

Portanto, nota-se que a forma como a mulher vivencia a infecção torna-se crucial para entender essa relação de poder, bem como a relação dela com a doença. Isto é, como a mulher vivencia a infecção parece constituir-se como um dos efeitos da relação de poder entre gêneros que por sua vez interfere na forma como a mulher encara a doença. O discurso da participante ilustra uma forma de estabelecer esse poder, sobre a qual o homem consegue achar uma justificativa através da espiritualidade para a contaminação da mulher e a partir disso ambos percebem o HIV, de certa forma, como algo positivo. A forma como percebem o diagnóstico e se relacionam com a doença podem ter influência direta na adesão ao tratamento,

uma vez que este é feito pelo resto da vida e exige motivação.

O tratamento envolve fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais, do qual participam o indivíduo, equipe de saúde e sua rede social (Santos e Silva et al., 2015). Pode-se perceber que a presença de uma rede de apoio e equipe de saúde contribuem para o enfrentamento da doença e a adesão ao tratamento, sendo, na maioria dos casos, a equipe de saúde a única a ter conhecimento sobre o diagnóstico da paciente. Esta, muitas vezes, por medo de rejeição e julgamento, evita revelá-lo para a família, tornando isso um segredo do casal, como disse Frida: “Ninguém! Só eu, ele e os médicos... somente”, ao falar sobre quem sabe de seu diagnóstico.

Em estudo realizado por Carvalho e Piccinini (2006) com gestantes diagnosticadas com HIV, as participantes da pesquisa relataram sentir o estigma social e preconceito devido à soropositividade, o que as levava ao isolamento social e falta de apoio social e familiar. Tal dado também foi identificado neste estudo, podendo ser ilustrado com a fala de Olga a seguir:

No começo para mim, foi difícil, porque eu não tinha conhecimento, não tinha com quem contar, só o meu companheiro, mas minha família ninguém sabe até hoje. Agora assim, eu sei como lidar um pouco, é difícil por essa parte porque eu não posso contar por que é meio complicado, entendeu? Minha família nunca me apoiou, e eu acho que se eu falar, vai ser difícil, vai complicar [...]

As participantes Frida e Joana, respectivamente, a seguir, falaram sobre o estigma como motivação para esconder o diagnóstico:

[...] normal... tranquilo... a única coisa que me impede de contar pra minha família é essa questão, a aceitação... porque nem todo mundo aceita de uma forma tranquila feito eu aceitei não... então eu prefiro deixar do jeito que tá... é um pouquinho complicado às vezes, só em relação a isso quando a gente vai pra lá que tem que tá escondendo remédio... e não sei o que... mas fora isso, é tranquilo...

[...] só que ninguém da família dele num sabe, nem ele mesmo sabe... [...] Ai meus exames de sangue eu escondo, eu arranco o rótulo do remédio, eu troco de... outro frasco, só para ninguém saber o que é... [...] Esse aqui o médico, claro que não vou dizer nem a acompanhante, nem a marido, nem a ninguém, simplesmente. Eu vou, eu vou enganar de todo jeito.

Em sua pesquisa, Arcoverde et al. (2015) encontraram que a estigmatização e o preconceito acerca da soropositividade causam o isolamento e a falta de apoio social e familiar, como pode ser percebido nos discursos acima. Esconder o diagnóstico e isolar-se pode ser causado pelo medo do estigma por ser portadora do vírus que é frequentemente encontrado nas falas das participantes.

Os autores Suit e Pereira (2008) afirmam que pessoas diagnosticadas com HIV podem ser consideradas em algum grau responsáveis pela sua situação, por isso preferem ocultar o diagnóstico, como já citado, fator que pode dificultar a adesão medicamentosa.

Em contrapartida, a literatura afirma que as gestantes que aderem ao pré-natal também apresentam uma maior chance de aderir ao tratamento antirretroviral (Bardeguéz et al., 2008). Como relatado por Olga, “[...] então eu preferi ficar calada, na minha e resolvi fazer o tratamento, continuar com a minha gravidez, e depois continuar, porque é... continuar o tratamento porque eu sei que vai ser melhor para mim”. Também por Joana:

Que continue a gravidez, que faça o tratamento durante a gravidez e depois e que cuide do bebê, faça o tratamento e siga a vida porque não adianta, né... a gente abandonar o tratamento, ficar com muita coisa na cabeça, porque não é remédio. O remédio é o tratamento.

Este é um achado importante da pesquisa, pois, ao passo que o estigma poderia dificultar a adesão ao tratamento, a gestação foi um fator que influenciou as entrevistadas a continuarem a profilaxia, uma vez que estas se mostraram ao mesmo tempo preocupadas e interessadas no autocuidado.

## SENTIMENTOS RELACIONADOS À GRAVIDEZ

Esta categoria trata da discussão sobre como a gestação é experienciada, os sentimentos relacionados e o desejo de gravidez. Ao falar do desejo de gravidez é possível pensar sobre o Narcisismo abordado na introdução, de forma que tal desejo pode ser entendido como narcísico. No dizer de Aulagnier (1990), durante a gravidez há sobreinvestimento narcísico daquilo que é sentido como uma produção própria da mulher, trazendo a ideia do que vem acrescentar-se ao próprio corpo. Considerando a carga social do HIV, pode-se perceber a soropositividade como uma ferida narcísica, como afirmam Zihlmann e Alvarenga (2015), e a gravidez aparece como um resgate deste narcisismo marcado pela tentativa de gerar um filho saudável, soronegativo que está muitas vezes ligada à adesão ao tratamento. Entretanto, é importante considerar que esta tentativa de restauração narcísica não garante a ausência de angústia materna, o que é possível perceber nos discursos das mulheres que não planejaram a gravidez, ao passo que expressam o desejo de não terem bebês soropositivos, trazem o medo da possibilidade de transmissão, como disse Joana “O meu maior medo é esse, se ela tiver. Mas eu sei que ela não vai ter, do jeito que a outra (filha) não teve. Aí tento me conformar de tudo que é jeito”.

O desejo pela gravidez pode definir o lugar e a importância do HIV na gestação, afetando a forma como mulheres expe-

rienciam a gestação. É possível perceber a partir das falas de Frida, que planejou engravidar, “Tranquilo...é uma gravidez totalmente normal, como qualquer outra [...]”, e na de Joana, que não havia planejado, e revela “Aí a gravidez é de alto risco, eu sei que é alto risco, porque quem é soropositiva é alto risco.”

Foi observado que ter conhecimento da soropositividade não necessariamente afeta o desejo destas pela maternidade, como também encontrado na pesquisa de Carvalho e Picininini (2006). A partir do HIV a mulher adapta os planos à nova realidade, algumas vezes adiando a concepção e aliando a gravidez aos cuidados com o HIV. Enquanto essas mulheres se referem às suas vivências de maneira mais resiliente, as demais participantes do estudo trazem medo em seus discursos em relação à própria saúde e à saúde do bebê. Desejar ou não a gravidez, para mulheres soropositivas, pode estar vinculada com a forma de se relacionar com o HIV.

A gestante que descobriu ser portadora do HIV durante o pré-natal da gestação atual ilustra o que Costa e Silva (2005) abordam em suas pesquisas como o momento de duplo impacto: descobrir a gravidez e a soropositividade. Descobrir-se soropositiva pode influenciar diretamente no desejo de gestar, mesmo que a gravidez tenha sido planejada, uma vez que há o risco de transmissão. É possível perceber esse dado a partir do que Olga disse: “Se eu soubesse antes eu não poria em risco não, porque querendo ou não, tem um risco. Se eu soubesse eu não engravidaria não.”

Retomando a ferida narcísica, outro tema recorrente nos discursos das gestantes é a amamentação. Portadoras de HIV não devem amamentar pelo risco de transmissão vertical, como recomendado pelo Ministério da Saúde (1995), o que pode ser percebido como evidenciador da soropositividade aos olhos de outras pessoas. Assim como viver com HIV, não amamentar é uma ferida narcísica, uma vez que este comportamento tem sido cada vez mais carregado com grande importância no imaginário social, inclusive para a construção do vínculo entre mãe e bebê, de forma que não amamentar pode comprometer o ideal de maternidade. Na pesquisa, encontram-se sentimentos de tristeza em relação à impossibilidade de amamentação seguida de conformação por proteger o bebê do HIV, podendo ser percebido pelas falas de Olga: “Eu queria muito porque a minha filha mamou bastante e eu gostava de dar de mamar a ela, mas... pelo bem estar dela, fazer o quê, né?” e de Joana: “Muito triste, porque minha filha não vai poder ter leite materno [...] mas pelo menos ela não tendo HIV é o que importa”.

Encontramos formas díspares em relação a como cada mulher vive sua gestação e como, a partir dela, enfrenta a condição de ser soropositiva. A mãe que vive com HIV defende seu filho do vírus desde a gestação e depois do nascimento, quando abre mão da amamentação para não ser vetor para o

HIV como forma de contornar a ferida narcísica e proteger seu bebê de si mesma. À mãe cabe o papel de perspectivar um lugar para seu bebê, no caso dessas mães entrevistadas, é pela via da proteção que fazem isso.

### CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ:

Esta categoria pretende discutir o vínculo mãe-bebê e como se constrói essa relação pensando a complexidade do HIV, levantando discussões a partir do que foi coletado nas entrevistas. Desde a gestação, o vínculo entre mãe e bebê é construído de várias formas a partir do contato entre eles, permanecendo marcado no sujeito durante toda a vida. Para Culerre-Crespin (2005, p. 20), “uma relação complexa que preside o advento psíquico da criança”, ou seja, é a partir dessa relação que o sujeito se constitui psiquicamente como tal, é inserido na linguagem e define sua forma de relacionar-se com o mundo.

A amamentação, tópico recorrente no discurso das entrevistadas, é crucial quando se pensa a construção de vínculo mãe-bebê, visto que possibilita o primeiro contato com a mãe e acalma as angústias da vida extra-uterina, como afirma Queiroz (2005). Freud (1905/2018b) traz a ideia de que a amamentação é uma experiência mítica de satisfação, a primeira e mais vital atividade da criança. O ato de amamentar está inicialmente apoiado na satisfação da necessidade de alimentação e futuramente se descola desta. A amamentação é uma troca simbólica com a mãe, essencial para a constituição psíquica e que move o sujeito durante toda a vida em busca da satisfação de seus desejos na tentativa de reviver a satisfação inicial. Esta experiência, segundo Queiroz (2005), é criada a partir de três percepções: do objeto, o seio; do ato motor, mamar; e do afeto de prazer.

Assim, considera-se a importância dessas percepções e resgata-se o que foi discutido na categoria anterior, sobre a orientação de não amamentação para gestantes soropositivas. Pode-se pensar que não necessariamente o seio é crucial, mas sim o que o momento da amamentação proporciona, a forma como a mãe se apresenta ao bebê e como apresenta a fonte de alimento e satisfação. A autora aborda a importância da permanência do rosto que amamenta para a segurança em si do bebê e na relação com o outro, um rosto vivo, que converse e esteja presente, elementos que podem existir independentes do seio e essenciais para a constituição do sujeito.

Neste processo, destaca-se a importância da psicologia que, além de suporte emocional, pode orientar sobre a importância do olhar e permanência da imagem da mãe no momento do aleitamento e desmistificar a amamentação no seio como única forma de vincular e nutrir. Para pensar em possíveis intervenções, é interessante levar em consideração a relação da gestante, com o HIV, a gravidez e o bebê. No grupo 1, mulheres que se prepararam para engravidar, apesar do

sentimento de tristeza, havia certa resiliência sobre a não amamentação para proteção do bebê, que pode ser ilustrada pelo que disse Frida: “[...] não vou poder amamentar, mas eu vou tá com meu filho no colo, não vou poder amamentar, mas meu filho tá super saudável”.

A partir do que se entende por vínculo, pode-se pensar que este é construído de diversas formas, e antecipar-se ao sujeito, supor que ele existe é uma das mais importantes para o desenvolvimento psíquico. Durante a gestação, o feto é imaginado como um humano formado, mesmo que a mãe saiba seu estágio de desenvolvimento físico, este é o bebê imaginário. Segundo Lebovici (1987), a mãe antecipa o sujeito, quando imagina um bebê, imagina uma relação, conversa e interpreta os movimentos ainda no útero, dando espaço para futuramente interpretar suas ações. Nesta pesquisa, pode-se perceber a construção do bebê imaginário, que, como trazido na introdução, envolve as fantasias e desejos maternos e paternos. Há indícios da construção do vínculo quando falam da imaginação do bebê e interações com este, como aparece nas falas de Dandara: “Eu imagino que ela venha com saúde [...] Eu acho que ela vai parecer com o pai”; Joana: “Eu imagino ela uma menina carinhosa, saudável, que ela me entenda do jeito que eu sou [...]”; e Olga: “Eu imagino assim, né, a gente sempre quer, mãe sempre quer que pareça com a gente, né? [...] mas o importante, eu quero que a sorologia dela dê negativa”.

Sobre a suposição do sujeito, levando em consideração a prevenção do bebê à transmissão do vírus, foi possível pensar a resignação das entrevistadas em relação à não amamentação e a adesão ao tratamento do HIV como formas de supor o sujeito, dando-lhe subjetividade. Quando fala do medo da infecção e abre mão da amamentação como forma de proteger seu bebê, a mãe supõe o sujeito, considera que existe alguém para proteger. Aquele que ainda não nasceu e que a mulher ainda não conheceu é protegido porque a mãe admite sua existência. Só há possibilidade de transmissão quando há alguém que pode ser infectado, um sujeito que está presente no imaginário, no desejo e no discurso materno, desde antes da gestação, durante e depois do encontro com o bebê.

A construção imaginária é diretamente influenciada pelos sentimentos maternos; no entanto, observa-se que a complexidade HIV aparece com diferentes intensidades e de diferentes formas entre as participantes, podendo ser observado nas falas de Frida, Joana e Olga apresentadas acima. Assim, a maneira como a mulher se relaciona com a soropositividade impacta na forma como vivencia a gravidez, e consequentemente em como constrói a relação com o bebê.

Nesta pesquisa, foi possível observar que as gestantes que desejaram a gravidez também se prepararam para tal, portanto engravidam em um momento propício, quando a carga viral está zerada e não há risco de transmissão. No entanto, mulhe-

res que não desejaram a gravidez ou não sabiam do HIV, não necessariamente têm realizado o tratamento, tendo a maioria delas uma visão mais negativa da soropositividade em relação às primeiras. É interessante observar nas falas acima que, quando se trata de imaginar a relação mãe-bebê, o discurso das mulheres do grupo 1 está mais descolado do HIV enquanto as outras participantes referiram medo pela transmissão, sentimento de culpa, o estigma social e a preocupação em ser aceita pelo filho ou filha do jeito que é, como ilustrado pelas falas ao longo do texto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que emergiu na fala das participantes e das articulações teóricas feitas à luz da psicanálise, foi possível perceber que o vínculo mãe-bebê não é necessariamente prejudicado pela presença do HIV. Destaca-se que, mesmo nos casos em que não houve planejamento da gravidez, as falas das gestantes expressam a preocupação e o desejo de que os filhos sejam saudáveis, o que está intimamente ligado a ter ou não o vírus HIV, e uma preocupação com relação ao futuro destes na perspectiva saúde-doença. As participantes também relataram imaginar e conversar com os bebês, condição necessária para a emergência do sujeito.

Ficou evidente, no entanto, que há, de fato, algumas questões que permeiam a gestação de mulheres soropositivas: a possibilidade de o bebê ser infectado, a orientação de não amamentação, o estigma social da soropositividade, para citar algumas. Portanto, destaca-se a importância da psicologia no sentido de possibilitar elaboração por parte das mulheres, sendo possível ressaltar as que não desejaram a gravidez e as que descobrem o HIV durante o pré-natal, pois o discurso aparece ligado às limitações impostas pelo HIV, como a amamentação, e à grande preocupação com a transmissão do vírus.

O suporte psicológico torna-se fundamental para trabalhar os sentimentos e o vínculo mãe-bebê, possibilitando um espaço de elaboração e promoção das mudanças. Também vale ressaltar a relevância da equipe de Serviço de Atenção Especializada, no sentido do cuidado e da orientação a gestantes soropositivas, uma equipe de saúde que compreende o momento que a mulher está vivenciando, sendo mister fornecer informação sobre o HIV, tratamento e tudo que o envolve, atitudes que proporcionam um cuidado integrado fundamental que reverbera na construção do vínculo entre mãe e bebê.

Considera-se, para estudos futuros, a importância e necessidade de explorar também a percepção dos companheiros das gestantes e/ou pais dos bebês, uma vez que é sabido, a partir do viés psicanalítico, que o bebê é imaginado pelo casal parental. Além disso, entende-se a importância da função paterna na constituição subjetiva da criança. Por ora, o presente

estudo dedicou-se ao período da gestação e ao vínculo mãe-bebê, deixando como pistas a importância da investigação após o nascimento da criança e sua constituição subjetiva.

## AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem aos profissionais e pacientes do serviço de atenção especializada onde a pesquisa foi realizada.

## CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR

Certificamos que todos os autores participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade pelo conteúdo. A contribuição de cada autor pode ser atribuída como se segue:

L. L. R., M. R. S. B. D e M. M. F. contribuíram para a conceitualização, investigação, metodologia, redação – preparo do rascunho original e visualização do artigo;

L. L. R. foi responsável pela obtenção de financiamento;

C. M. D. L. B e F. G. V. foram responsáveis pela administração, conceitualização e redação – revisão e supervisão do artigo.

## DECLARAÇÃO DE FINANCIAMENTO

A pesquisa relatada no manuscrito foi financiada parcialmente pela bolsa de iniciação científica da primeira autora (PIC-FPS, prot. 2016110027).

## DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflitos de interesse no manuscrito submetido.



**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- US women during and after pregnancy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 48(4), 408–417. <https://dx.doi.org/10.1097%2FQAI.0b013e31817bbe80>
- Bardin, Laurence (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977).
- Bastos, R. A., Bellini, N. R., Vieira, C. M., Campos, C. J. G., & Turato, E. G. (2019). Fases psicológicas de gestantes com HIV: estudo qualitativo em hospital. *Revista Bioética*, 27 (02), 281-288. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272311>.
- Bertagnoli, M. S. F. F., & Figueredo, M. A. C. (2017). Gestantes soropositivas ao HIV: maternidade, relações conjugais e ações da psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(4), 982–994. <https://doi.org/10.1590/1982-3703004522016>.
- Carvalho, J. A. (2003). *O amor que rouba os sonhos – Um estudo sobre a exposição feminina ao HIV*. Casa do Psicólogo.
- Carvalho, F. T., & Piccinini, C. A. Maternidade em Situação de Infecção pelo HIV: um estudo sobre o sentimento de gestantes. *Interação em Psicologia*, 10(2), 345-355. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v10i2.7693>
- Culerre-Crespin, G. (2005). *Clínica precoce - O nascimento do humano*. Casa do Psicólogo.
- Costa, M. dos S., & Silva, G. A. (2005). Gestante HIV Positivo: o sentido da descoberta da soropositividade durante o pré-natal. *Revista Mineira de Enfermagem*, 9(3), 230–236.
- Cruz Neto, O. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: Deslandes, S. F., Cruz Neto, O., Gomes, R., & Minayo, M. C. S (2002). *Pesquisa Social - teoria, método e criatividade*. Vozes.
- 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. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000200011>.
- Freud, S. (2018a). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud V. 14*. Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (2018b). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud V. 6*. Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Lebovici, S. (1987). *A mãe, o bebê e o psicanalista*. Artes Médicas.
- Medeiros, A. P. D. S., Araújo, V. S., de Moraes, M. N., de Almeida, S. A., de Almeida, J. N., & Dias, M. D. (2015). A experiência da soropositividade para grávidas com HIV. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(3), 362-367. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.17918>.
- Minayo, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Deslandes, S. F.; Cruz Neto, O., Gomes, R., & Minayo, M. C. S (2002). *Pesquisa Social - teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Olds, S. W., & Papalia, D. E. (2000). *Desenvolvimento humano*. Artes Médicas.
- Piccinini, C. A., Levandowski, D., Gomes, A., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300010>.
- Queiroz, T. C. N. (2005). Do desmame ao sujeito. Casa do Psicólogo.
- Santos e Silva, S., Nery, I. S., Rocha de Carvalho, N. A., & Santos, J. D. M. (2015). Rede de apoio a mulheres com HIV na prevenção da transmissão vertical: revisão integrativa. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(2), 225–231. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150037>.
- Ministério da Saúde. (1995). Secretaria de assistência à saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS Aleitamento x Mulheres infectadas pelo HIV - recomendações.
- Suit, D., & Pereira, M. E. (2008). Vivência de Estigma e Enfrentamento em Pessoas que Convivem com o HIV. *Psicologia USP*, 19(3), 317-340. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000300004>
- Szejer, M., & Stewart, R. (1998). *Nove meses na vida de uma mulher - Uma abordagem psicanalítica da gravidez ao nascimento*. Casa do Psicólogo.
- Zilhmann, K. F., & Alvarenga, A. T. (2015). Que desejo é esse? Decisões reprodutivas entre mulheres vivendo o HIV/AIDS sob o olhar da psicanálise. *Saúde Soc.*, 24(2), 633–645. DOI: 10.1590/S0104-12902015000200019.

Data de submissão: 02/03/2021  
Primeira decisão editorial: 21/12/2021  
Aceite: 20/03/2022