



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE**  
**CONTEMPORÂNEA**  
**MESTRADO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA**

**ARIANNA OLIVEIRA SANTANA LOPES**

**SIGNIFICADO E DESEJO DE MATERNIDADE ENTRE MULHERES**  
**PORTADORAS DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA - HIV**

**SALVADOR – BAHIA**

**2013**

**ARIANNA OLIVEIRA SANTANA LOPES**

**SIGNIFICADO E DESEJO DE MATERNIDADE ENTRE MULHERES  
PORTADORAS DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA - HIV**

Dissertação apresentada à Universidade Católica do Salvador como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Profa. Dr<sup>a</sup> Miriã Alves Ramos de Alcântara.

**SALVADOR – BAHIA**

**2013**

UCSAL. Sistema de Bibliotecas.

L864 Lopes, Arianna Oliveira Santana.  
Significado e desejo de maternidade entre mulheres portadoras  
do Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV/ Arianna Oliveira  
Santana Lopes. – Salvador, 2013.  
94 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.  
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em  
Família na Sociedade Contemporânea.  
Orientação: Profa. Dra. Miriã Alves Ramos de Alcântara.

1. Maternidade 2. HIV 3. Mulheres 4. Significado I. Título.

CDU616.9-055.26

**TERMO DE APROVAÇÃO**

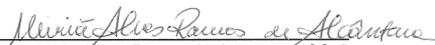
**ARIANNA OLIVEIRA SANTANA LOPES**

**SIGNIFICADO E DESEJO DE MATERNIDADE ENTRE MULHERES  
PORTADORAS DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA - HIV.**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 14 de fevereiro de 2013..

Banca Examinadora:

  
Dr(a). Miriã Alves Ramos Alcântara - (UCSal)  
Orientador

  
Dr(a). Lúcia Vaz de Campos Moreira - (UCSal)

  
Dr(a). Alcione Brasileiro Oliveira Cunha - UFBA

## AGRADECIMENTOS

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Miriã Alves que entendeu o verdadeiro sentido do significado da maternidade para as mulheres portadoras de HIV e me conduziu e direcionou nos momentos de incerteza.

Aos Professores do Programa de Pós Graduação em Família na Sociedade Contemporânea que contribuíram significativamente para o desenvolvimento deste trabalho e para meu crescimento pessoal e profissional. Aos colegas de mestrado que me acompanharam na construção do meu conhecimento. A minha eterna professora Dra. Cláudia Macedo que me incentivou desde a graduação na busca e descoberta do conhecimento científico.

À doutora Ana Gabriela e equipe do Centro Especializado de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa-CEDAP que acreditaram em mim e permitiram a minha entrada no Centro de Referência para que pudesse consolidar meu trabalho através da coleta de dados, viabilizando a realização dessa pesquisa através do contato com as gestantes portadora do vírus HIV. A todas as gestantes, mulheres guerreiras e solícitas aqui entrevistadas que ofereceram seus relatos com grandes experiências e exemplos de perseverança e luta pela vida acima de tudo, meu muito obrigado, por compartilharem suas histórias.

Aos meus primos Susiane e Davi Gusmão que me apoiaram nos momentos difíceis, longe de casa, me recebendo com muita hospitalidade e me incentivando na busca da realização do meu sonho. À minha mãe Edna que com tanto carinho se abdicou de tantos sonhos para que os meus fossem realizados, meu maior exemplo de força e superação.

Aos meus amores Emanuel por estar ao meu lado sempre, me apoiando ao longo da difícil caminhada e me mostrando que é possível; e meu filho Eduardo com momentos tantas vezes sacrificados e que juntos são meus maiores motivos para seguir em frente.

## Maternidade

“A certeza de amor incondicional...  
A plenitude da luz sem sombras...  
A compreensão às vezes incompreendida...  
A companhia na solidão infinita...  
A alegria incontida mesmo nas lágrimas...  
A felicidade multiplicada e infinita...  
O meu EU fora de mim...  
Permito-me: A perfeição divina oferecida aos homens”.

André del Roso Guirronda

## RESUMO

Nas últimas décadas, a mulher brasileira viveu diversas transformações físicas e psicológicas como produto cultural, social e histórico de um processo regulado por normas e funções impostas pela sociedade brasileira. Pesquisas recentes demonstram que as mulheres representam uma população com altos índices de infecção pelo HIV, caracterizando um desafio ao planejamento de estratégias efetivas de prevenção. A AIDS no Brasil é destaque no cenário internacional e o tratamento a pacientes HIV/AIDS envolve cuidados orgânicos, orientação preventiva aos pacientes e familiares, quanto aos riscos, meios de contaminação, sintomatologia, tratamento farmacológico e, ainda, requer atenção ao sofrimento psicológico do paciente. No entanto, o que se observa é que as medidas preventivas não são suficientes para alcançar as demandas subjetivas, o que deixa espaço para a vulnerabilidade feminina, especialmente em caso de gestação. O estudo busca identificar e compreender o desejo e significado da maternidade para mulheres portadoras do vírus HIV. Como objetivos específicos, propõe-se discutir como a mulher portadora do HIV percebe e lida com a maternidade e, ainda, identificar as possibilidades de escolhas democráticas quanto à saúde sexual e reprodutiva no serviço de saúde. Trata-se de um estudo qualitativo que partiu de um referencial ancorado nas áreas da enfermagem e psicologia com reflexões antropológicas e sociológicas para análise de narrativas de oito gestantes, portadoras do vírus HIV, vivenciando diferentes estágios da gestação e da patologia. As gestantes que participaram do estudo são acompanhadas pelo serviço de pré-natal oferecido por um centro de Referência de AIDS da cidade de Salvador e foram entrevistadas com base em um roteiro semi-estruturado elaborado especialmente para alcançar os objetivos do estudo. Todos os procedimentos foram adotados a fim de preservar a identidade das participantes e o sigilo das informações, em atenção à ética da investigação com seres humanos. A análise das entrevistas permitiu identificar temas recorrentes relativos ao significado de maternidade articulados às seguintes dimensões: perpetuação da espécie e continuidade da vida através de “um outro ser”; adesão ao tratamento e aumento da expectativa de vida para o cuidado com os filhos. Constatou-se que as entrevistadas desejaram engravidar e ter filhos apesar do diagnóstico e relatam a satisfação de ser mãe justificada por um instinto maternal, associado à ‘dádiva divina’ ou ao ‘papel feminino’, acompanhado ainda de sentimentos de motivação e felicidade em perpetuar as gerações. Apesar de a pesquisa avaliar um fenômeno específico que envolve sentimentos de um número limitado de mulheres gestantes com HIV no campo de investigação interdisciplinar, espera-se que estudos como este possam contribuir para ampliação das ações de prevenção e controle do HIV/AIDS entre gestantes no país, além de auxiliar no planejamento de intervenções com vistas à melhoria da qualidade na assistência às gestantes com HIV/AIDS auxiliando os profissionais no manejo e compreensão dos aspectos que envolvem a convivência com o vírus. Sugere-se, assim, novos estudos nesta temática voltadas para os profissionais da área de saúde envolvendo um maior número de sujeitos e a partir de outros fenômenos relativos ao desejo de maternidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** maternidade, HIV, mulheres, significado.

## ABSTRACT

In recent decades, the Brazilian woman lived many physical and psychological changes as a cultural, social and historical, being regulated by norms and duties imposed by Brazilian society. Recent research shows that women represent a population with high rates of infection, characterizing a challenge in the design of effective preventive strategies. AIDS in Brazil is featured on the international and the treatment of HIV / AIDS patients involves organic care, preventive guidance to patients and families on the risks, means of contamination, symptoms, pharmacological treatment. Being sticking the perception of psychological distress of the patient, not just the neurological implications, but the subjective aspect itself. However, what is observed is that this paper is directed preventive measures while the subjective aspects are addressed when so incipient leaving these women vulnerable to the risks involved in pregnancy and viruses. The study then seeks to identify and understand the desire and meaning of motherhood for women with HIV. As specific objectives, it is proposed to discuss how the HIV-positive woman perceives and deals with motherhood and identify possibilities for democratic choices regarding sexual and reproductive health in the health service. The research is a qualitative study if they came from a reference anchored in the areas of nursing and psychology to analyze the narratives of eight pregnant women with HIV, experiencing different stages of pregnancy and disease. The women participating in the study are accompanied by service prenatal offered in a reference center for AIDS in the city of Salvador and were interviewed based on a semi-structured especially designed to achieve the study objectives. The study preserves the identity of the participants and confidentiality of information, attention to ethics in research with human subjects in accordance with. The analysis of the interviews was to identify recurring themes relating to the meaning and desire for motherhood articulated the following dimensions: perpetuation of the species and continuity of life through "another being"; treatment adherence and increased life expectancy for care with their children. It was found that the interviewees wished to become pregnant and have children despite the diagnosis report and the satisfaction of being a mother justified by a maternal instinct, coupled with the 'divine gift' or 'female role', still accompanied by feelings of motivation and happiness in perpetuating generations. Although research evaluating a specific phenomenon that involves feelings of a limited number of pregnant women with HIV in a given field of research, it is hoped that studies such as this may contribute to the expansion history of the prevention and control of HIV / AIDS among pregnant women in country, as well as assist in planning interventions for future actions aimed at improving the quality of care for pregnant women with HIV / AIDS professionals assisting in the management, and understanding in all aspects that involve living with the virus. We suggest, therefore, further studies on this topic geared for professionals in the health field involving a larger number of subjects and from other phenomena: hard on awareness of maternal desire in women with HIV.

**KEYWORDS:** maternity, HIV, women, meaning.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundos das Nações Unidas para a Infância
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
AIDS	Síndrome da imunodeficiência humana adquirida
ONU	Organização das Nações Unidas

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>23</b>
3.1 A mulher e a Sexualidade .....	<b>23</b>
3.2 Compreendendo o HIV e a Assistência em Saúde .....	<b>32</b>
3.2.1 A evolução do HIV .....	<b>32</b>
3.2.2 O Brasil como Modelo de tratamento do HIV .....	<b>39</b>
3.2.3 Atuação dos enfermeiros junto aos portadores de HIV nos serviços de saúde.....	<b>43</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>48</b>
4.1 Caracterização do Estudo .....	<b>48</b>
4.2 Campo de Estudo.....	<b>50</b>
4.3 Caracterização da População .....	<b>51</b>
4.4 Caracterização das participantes com informações pertinentes para o estudo.....	<b>53</b>
4.5 Técnicas de Coleta de Dados .....	<b>55</b>
4.6 Análise de Dados .....	<b>58</b>
4.7 Considerações Éticas.....	<b>59</b>
<b>5 A TÃO ESPERADA MATERNIDADE: DE ONDE VEM O DESEJO MATERNAL?</b> .....	<b>60</b>
5.1 O Desejo latente da maternidade prevalece independente do “Status sorológico” .....	<b>60</b>
5.2 O significado da maternidade para as mulheres portadoras do HIV .....	<b>66</b>
5.3 Sentimentos originados a partir da maternidade .....	<b>68</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>75</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>83</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

A maternidade vinculada à identidade feminina começou a despertar em mim uma preocupação com o tema que surgiu gradualmente a partir dos questionamentos acerca do saber científico. Ainda nos primeiros semestres de graduação em Enfermagem tive a oportunidade de ingressar no mundo científico instigada a esclarecer inquietações a partir de curiosidades que poderiam surgir durante o curso em uma disciplina que se ocupava dos diversos tipos de câncer que acometem a população, em especial às mulheres.

Segundo Bourdieu (2001) a pesquisa científica diferencia-se do senso comum, pois este último baseia-se nos sentidos, crenças, tradições, acredita no que vê ou sente, origina-se das experiências do cotidiano, em evidência na evolução da ciência. O senso comum é um saber informal, através do contato com o próximo, com situações e objetos que rodeiam o indivíduo, baseado em testemunhos culturais. Ao passo que a pesquisa científica, é baseada em métodos de pesquisa. Desse modo, um, é a continuação do outro, a ciência pode comprovar ou desmistificar fatos ou acontecimentos baseados no senso comum, através dos métodos de pesquisa científica.

Ao desenvolver trabalhos científicos fui percebendo a importância da diferenciação, da imparcialidade e a necessidade de afastar-me do objeto para evitar situações que escurecessem o meu olhar e atrapalhassem as percepções do trabalho empírico, por outro lado, alguns autores nos remetem a relevância do estudo do que lhe é familiar: “O processo de estranhar o familiar torna-se possível quando somos capazes de confrontar intelectualmente, e mesmo emocionalmente, diferentes versões e interpretações existentes a respeito de fatos, situações”. (VELHO, 2004)

E esse ‘estranhamento’ do familiar começou a surgir após a graduação quando fui selecionada para trabalhar em uma Unidade da Estratégia de Saúde da Família como enfermeira e logo descobri que, além da técnica, era preciso desenvolver e oferecer apoio de caráter psicológico aos pacientes atendidos na unidade.

Esse pensamento foi aprimorado ao ser transferida para outra unidade básica de atendimento específico onde eu era responsável pelo atendimento de Enfermagem oferecido a Saúde da Mulher. Dentro deste programa vários procedimentos eram concretizados entre eles realização de exames ginecológicos e Papanicolau, Planejamento Familiar e Pré-natal surgindo daí as afinidades e inquietações na área direcionada ao cuidado da mulher.

Não poderíamos mencionar esse atendimento sem remeter as políticas de saúde criadas pelo governo e disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde da Família. Tratam-se de programas inseridos nas unidades através do SUS que tem como princípios básicos a universalidade, integralidade e equidade além dos complementares: descentralização, regionalização, hierarquização e participação social que visam garantir ao cidadão brasileiro acesso igualitário aos serviços de saúde assegurando a assistência e ampliando o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Visando a acessibilidade e ampliação das ações de prevenção e promoção de doenças foi criado o programa de Saúde da Família em 1994, com uma visão ampliada do processo saúde/doença. A família passou a ser vinculada ao serviço de atenção primária da saúde e acompanhada por uma equipe multidisciplinar comprometida com a prevenção, promoção e reabilitação do usuário através de programas específicos oferecidos dentro das unidades. Nesses programas está inserido o de atenção voltada a Saúde da mulher que envolve ações do pré-natal e planejamento familiar dentro da atenção básica além da prevenção do câncer de colo de útero e mama.

Realizando as consultas de pré-natal dessas mulheres várias inquietações começaram a surgir, já que muitas vezes eram encaminhadas para serviços de Referência caso apresentassem algum tipo de alteração que não fosse a competência de acompanhamento da atenção básica determinados pelo ministério e que deveriam ser tratados na Atenção Especializada, a depender do diagnóstico. Durante o período de assistência pré-natal criava-se um vínculo entre a enfermeira e o paciente que, a depender da patologia apresentada e detectada por meio dos

exames, era interrompido devido ao afastamento da mesma do serviço de atenção básica.

No Brasil, o serviço a portadores de HIV é mantido sob sigilo, por esse motivo, muitas gestantes são assistidas apenas pelo serviço de Referência após diagnóstico de HIV se desvinculando, dessa forma, ao serviço de atenção básica que apesar do importante vínculo estabelecido com o paciente não o acompanha a partir do diagnóstico.

Além de Programas para atenção e prevenção da AIDS, no país foi criado também, pelo Ministério da Saúde, o Programa Integral de Atenção à Saúde da Mulher – PAISM – articulado aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Esse Programa é usado para nortear entre várias ações, as desenvolvidas no Planejamento Familiar garantindo a qualquer mulher o direito de Planejar e decidir quando quer ter filhos, inclusive as portadoras de doenças crônicas como o HIV. Atrelados aos direitos sexuais e reprodutivos discutidos nesses programas estão o direito a assistência pré-natal que envolve desde a assistência oferecida por equipe multidisciplinar até a realização de exames diagnósticos.

Para constatar a soropositividade utiliza-se o método ENZIME-LINKED IMMUNOSORBENT ASSAY-ELISA, após confirmação pelo teste de mancha WESTERN-BLOT. Utilizando esses testes a especificidade combinada com a sensibilidade é maior que 99% (noventa e nove por cento).

O exame de sorologia para o HIV faz parte das ações preconizadas na assistência e a solicitação é feita durante a consulta de pré-natal; além disso, muitas vezes durante as consultas de planejamento familiar nos deparamos com pessoas que apresentam graves problemas sociais e de saúde e que, em meio a tantas dificuldades, relatam o desejo de ter filhos. A partir dessas experiências surgiram muitos questionamentos, entre eles, a inquietação de compreender de onde vem o desejo de ser mãe e o que significa a maternidade para as mulheres portadoras de uma doença crônica, em especial o HIV.

Cabe aqui ressaltar o fascínio da maternidade, a partir do momento em que me tornei mãe. A ansiedade por entender o fenômeno só aumentou, me auxiliando ainda mais nas buscas por explicações para tal inquietação. Percebi, então a pertinência em aderir a um Programa em Família para aprofundar a compreensão acerca do desejo de constituir família, propondo inicialmente um anteprojeto que almejava entender aspectos sexuais e reprodutivos que envolviam mulheres portadoras do vírus HIV e profissionais de saúde no processo de constituição da família.

Após cumprimento dos créditos e discussões com minha orientadora, voltei-me para as questões que envolvem a mulher portadora do vírus HIV e o desejo de maternidade fundamentada pelas experiências vivenciadas e desenvolvidas ao longo de quatro anos na assistência com mulheres como enfermeira do pré-natal.

A partir do momento que passei a me interessar por questões que envolviam aspectos subjetivos como desejos e significados, fui convidada por minha orientadora a fazer parte do grupo de Pesquisa “Família e Saúde na perspectiva relacional” o qual discute aspectos específicos que envolvem a relação familiar e que, posteriormente, direcionaram a compreensão do meu objeto de pesquisa.

Apesar de a Enfermagem ser uma área centrada no cuidado, nós profissionais ainda não estamos habituados a visualizar o paciente de forma holística como preconizado na maior parte dos serviços oferecidos. Preocupamo-nos muito mais com as técnicas e protocolos a serem seguidos do que com os desejos e os aspectos subjetivos que podem justificar o adoecimento ou, ainda, nortear algumas decisões a serem tomadas por quem está sob nossos cuidados.

As nossas ações de saúde no que diz respeito a AIDS ainda estão voltadas para tratamento clínico, prevenção e uso do preservativo e, frente à gravidez da usuária, o serviço é muitas vezes avaliado como falho, quando na verdade, o que se percebe diante disso é a necessidade de orientação quanto aos riscos e, ao mesmo tempo, quanto às possibilidades de fazerem escolhas seguras em relação à saúde reprodutiva.

Por outro lado, o profissional de saúde se depara com a complexidade de oferecer cuidados e orientações aos pacientes portadores do HIV e é apresentado a um paradoxo: o de evitar que a doença aumente seus índices e continue acometendo pessoas, principalmente com o risco iminente de transmissão vertical no caso da gestante; e, por outro lado, a difícil tarefa de oferecer informações quanto aos seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos por Programas de Políticas Públicas.

Com o intuito de elucidar o tema aqui proposto o estudo recaiu sobre dois eixos temáticos: 1. avanços alcançados no tratamento do HIV, que analisa entre outros, os aspectos sexuais e reprodutivos da mulher portadora do vírus HIV e; 2. análise sócio-antropológica do desejo de tornar-se mãe.

As crises advindas do fato de ser portadora de um vírus letal e ao mesmo tempo carregar um ser que representa vida envolve para cada gestante, aspectos subjetivos e abstratos aqui avaliados através das narrativas partindo da dinâmica do problema “maternidade e HIV” e observando os outros aspectos que o cercam, como os sentimentos, desejos e significados dessa maternidade.

A presente investigação, de natureza qualitativa com enfoque fenomenológico desenvolveu-se com base na entrevista semi – estruturada descrita por Mattos e Tomar (2009) como instrumento que proporciona aproximação do pesquisador com o pesquisado, estabelecendo um diálogo e permitindo a interpretação do estar no mundo vivenciando cada momento específico.

O propósito da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos às condições de produção, inferência esta que recorre a indicadores ou dimensões. Com isso, conclui-se que a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicações, com objetivo de ultrapassar a incerteza e ambiguidade que marcam o dado coletado.

Foram selecionadas oito mulheres gestantes e portadoras do vírus HIV, acompanhadas pelo serviço de pré-natal oferecido na instituição estudada. As mesmas foram selecionadas de maneira aleatória sem nenhum tipo de pretensão por parte da pesquisadora, de maneira a manter a imparcialidade da investigação.

A pesquisa foi efetuada no Centro de Referência – CEDAP – centro de Saúde referência no atendimento de pacientes soropositivos. O que diferencia o atendimento é o treinamento pelo qual todos os funcionários se preparam para lidar com as diversidades específicas que envolvem o HIV. Por isso, o serviço é considerado ‘espelho’ para a atenção básica, se tornando o local mais indicado para desenvolvimento de um estudo característico que envolve o público acompanhado pelo CEDAP. Além disso, as mulheres que frequentam a unidade procuram o serviço para diagnóstico, acompanhamento e tratamento do HIV, em especial um número crescente de gestantes portadoras do vírus que procuram a unidade para acompanhamento específico de pré-natal.

Todas as participantes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice A). O instrumento de coleta de dados foi especialmente elaborado para a presente investigação, contém questões sobre: 1. Perfil da participante (com sigilo dos dados de identificação); 2. perfil familiar (8 perguntas); 3. relação equipe de saúde-paciente (10 perguntas); e, 4. significado da maternidade (5 perguntas) (Apêndice B).

O instrumento de pesquisa permite obter uma visão muito mais compreensiva do que explicativa, favorecendo a troca de opiniões e informações e a construção de uma relação de confiança que ampliou a captação de informações desde o primeiro contato, o que muito enriqueceu a análise e interpretação dos dados, uma vez que todas as narrativas das gestantes foram registradas e gravadas.

Durante a coleta de dados todos os direitos do entrevistado foram garantidos conforme preconizado pelo Código de Ética em Pesquisa através da Aprovação de Projeto pela Comissão de Ética do Campo onde foi realizada a coleta de dados e aplicação do TCLE (Apêndice A) que garante o sigilo, a participação ou desvinculação em qualquer momento durante a realização da pesquisa. Todas as precauções que envolvem a pesquisa com seres humanos foram rigorosamente utilizadas com o objetivo de minimizar os riscos a que essas gestantes estariam expostas e de proporcionar uma relação de confiança entre entrevistador e entrevistado durante a realização do trabalho.

A partir dos dados coletados por meio dos discursos foram arquitetados os capítulos intitutados, a saber: capítulo 1. A mulher e a Sexualidade; capítulo 2. Compreendendo o HIV e a Assistência em saúde; capítulo 3. O percurso metodológico e; capítulo 4. “A tão esperada maternidade” – Raízes Sócio-antropológicas da maternidade.

O primeiro capítulo trata dos aspectos que influenciaram ao longo dos anos a sexualidade feminina fazendo uma abordagem retrospectiva até os dias atuais com discussões importantes que ajudam a entender as diversas transformações sofridas e os caminhos traçados pelas mulheres que influenciam diretamente na maternidade.

O segundo capítulo traz uma discussão ampla da evolução do HIV no país com informações que vão desde o início da epidemia, as tendências atuais e atuação dos órgãos responsáveis pelo combate à doença demonstrando o destaque do Brasil e do Ministério da Saúde no tratamento e assistência aos pacientes soropositivos. Em seguida o capítulo traz reflexões sobre o atendimento dos profissionais de saúde, baseado nas experiências vivenciadas na área de Enfermagem e nos Serviços de referência para o HIV, evidenciando as condutas adotadas em Programas como Planejamento Familiar e Pré-natal e que envolvem aspectos sexuais e reprodutivos.

A seguir é apresentada a metodologia da pesquisa empregada para o alcance dos objetivos propostos no estudo, direcionado para a técnica qualitativa, com embasamento no método compreensivo, descritivo e de estudo de caso. Esse caminho utilizado foi dividido aqui nos seguintes tópicos: caracterização do estudo, descrição do campo escolhido para captação das gestantes, caracterização da população com apresentação das participantes da pesquisa através de um quadro com informações relevantes, apresentação de técnicas e métodos utilizados para coleta de dados, descrição da análise de informações coletadas e, por fim, as considerações éticas que explanam a preservação de direitos dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

O último capítulo traz reflexões baseadas na antropologia e sociologia que justificam os resultados encontrados, em seguida apresenta as discussões a partir das narrativas das gestantes entrevistadas com descrições de aspectos psicológicos que envolvem o significado da maternidade e relatos do desejo maternal na condição de serem portadoras do vírus.

A análise de dados, baseada na análise de conteúdo de Bardin (2006), envolve o discurso das gestantes, a experiência da pesquisadora e autores que contribuem para a compreensão do fenômeno.

## 2 INTRODUÇÃO

Em nossa sociedade, a maternidade é visualizada como papel primordial de todas as mulheres, simbolizada através dos mais profundos anseios, dentre os quais se destaca com relevância e abrangência, passando a definir o sentido da vida das mulheres. A gravidez, para o universo feminino, pode representar fertilidade e afirmação como mulher e num futuro próximo como mãe e, ainda, pode significar a busca da imortalização; ter um filho pode, então, representar a recusa da morte e perpetuação da vida.

Apesar das inúmeras alterações da nossa sociedade, percebe-se que a mulher moderna, na maioria das vezes, deseja engravidar e ter filhos e relata satisfação em ser mãe justificada por um instinto maternal, associada a uma dádiva divina ou a um papel a ser cumprido e confiado por Deus, acompanhado, ainda, de sentimentos de felicidade por perpetuar a espécie.

Sendo assim, a maternidade encontra-se vinculada à identidade feminina, estando atrelada à crença de que gerar um filho faz parte da natureza feminina. Essa concepção da maternidade foi marcada até o século XX, quando as mulheres, reivindicaram as questões da identidade feminina.

Atrelado a essa vinculação de maternidade está o número de mulheres em idade fértil acometidas pelo vírus HIV. Segundo o relatório anual do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, existem no mundo cerca de 33 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Mesmo assim, o número de pessoas que vivem com o HIV diminuiu mundialmente se comparados anos anteriores. Essa diferença nos índices se deve ao aperfeiçoamento da metodologia e às ações efetivas de enfrentamento da epidemia que vem sendo desenvolvidas em diversos países.

Já no Brasil, os dados do Boletim Epidemiológico de 2011 reforçam a tendência à queda na incidência de casos de AIDS em crianças. Comparando-se aos anos anteriores, a redução chegou a 44,4%. Esse resultado se deve à eficácia da política de redução da transmissão vertical do HIV (da mãe para o bebê). Em contrapartida, em relação aos jovens, as últimas pesquisas apontam que embora haja maior

informação sobre prevenção à AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, há uma forte tendência ao crescimento do HIV entre essa população.

Na Bahia, precisamente em Salvador, nos últimos três anos, foram registrados 3.614 novos casos de AIDS, de acordo com dados da Secretaria da Saúde do Estado. Somente em 2011, houve um crescimento significativo de 155% em relação ao ano anterior, totalizando 1.976 casos. No ano de 2012, até agosto, foram identificados 864 pacientes com o vírus HIV. (Bahia, 2011)

Esse fato sinaliza um maior risco de contaminação devido à dificuldade da população se adequar às medidas de proteção, principalmente ao uso de preservativo, considerando que muitos indivíduos são jovens e se encontram em idade fértil e possivelmente desejarão (e terão) filhos.

Relatórios da OMS ressaltam que, acompanhando esse emaranhado de questões e da prática tecnicista, ainda existem preconceitos, crenças e opiniões que o profissional carrega ao longo de sua trajetória e que podem dificultar o entendimento de algumas atitudes tomadas pelo portador de HIV frente ao desejo de procriar.

Refletindo acerca das condutas aqui apresentadas e da evolução dos tratamentos em nosso país, percebe-se um grande avanço. No entanto, existe uma lacuna nos trabalhos acadêmicos no que diz respeito aos conflitos sociais e psicológicos que envolvem a gestação e a saúde reprodutiva de pessoas vivendo com o HIV. Os estudos já realizados abordam a questão de maneira tímida, o que deixa o tema com enormes lacunas e questionamentos, sendo este tema repleto de vertentes subjetivas.

O discurso dos profissionais inseridos nos serviços de saúde ainda está voltado para tratamentos clínicos e de prevenção enquanto o número de gestantes portadoras do HIV continua em crescimento, enfatizando a atenção ainda incipiente dos profissionais de saúde aos aspectos subjetivos que envolvem maternidade e HIV.

Analisando assim essas reflexões aqui expostas questiono-me: Quais os significados da maternidade para mulheres gestantes portadoras do vírus HIV?

Justifica-se a importância de estudos como estes na expectativa de que possam auxiliar na compreensão de aspectos subjetivos que envolvem as gestantes e os profissionais de saúde, em especial a gestante que está sob os cuidados dos profissionais nos diversos tipos de serviços que desempenham e que poderão também ser utilizados na formulação de políticas públicas voltadas para assistência pré-natal e planejamento familiar oferecidas tanto na Atenção Básica quanto nos serviços de Referência no qual o enfermeiro está diretamente envolvido.

Além disso, a transmissão do vírus HIV ainda é um problema de saúde pública principalmente entre mulheres em idade fértil que provavelmente manifestarão o desejo de tornarem-se mães, o que faz vir à tona todos os riscos em relação à transmissão vertical, demonstrando a real necessidade de estudos voltados para saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, ainda pouco explorados no mundo acadêmico.

Através dos questionamentos advindos da temática busca-se com este estudo entender o desejo e significado da maternidade para mulheres gestantes portadoras do vírus HIV.

Portanto, o estudo pretende aprofundar aspectos que envolvem tal fenômeno marcado pela atualidade e relevância no mundo acadêmico e para o desenvolvimento dos profissionais e serviços de saúde.

O **objetivo geral** deste estudo é identificar e compreender o desejo e significado da maternidade para mulheres gestantes portadoras do vírus HIV. Para tanto utilizou-se do referencial da Antropologia e da Sociologia e dos avanços obtidos pela Enfermagem e Psicologia a fim de contextualizar e discutir os resultados encontrados no estudo empírico. Entre os **objetivos específicos** busca-se: 1. Discutir como a mulher portadora do HIV percebe e lida com a maternidade; e, 2. Identificar as possibilidades de escolhas democráticas quanto à saúde sexual e reprodutiva no serviço de saúde.

Inicialmente a dissertação apresenta o cuidado em enfermagem direcionado à Saúde da mulher, principalmente à gestante e posteriormente à portadora do vírus HIV que induziu a questão norteadora do estudo: Qual o significado da maternidade para mulheres portadoras do vírus HIV? As reflexões com enfoque psicológico trazem contribuições para a atuação dos profissionais de saúde, principalmente os de enfermagem, conduzindo ao entendimento do significado e de onde advêm os desejos relacionados à maternidade atribuídos por gestantes acompanhadas nos serviços de saúde.

Maldonado (1994) reconhece que, ao adotar a política de acesso universal e gratuito aos Antiretrovirais, e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu, através de lei específica, a garantia de livre acesso à medicação essencial ao tratamento do HIV a todos os cidadãos infectados.

O mesmo autor ainda acrescenta que na década de 90 e ainda no contexto atual, mesmo com os resultados dessas estratégias e ainda que a mortalidade por AIDS tenha reduzido nos últimos anos, a mesma representou a quarta principal causa de morte no Brasil. Sendo as mulheres um alvo fácil, pois na população feminina de 25 a 34 anos de idade, a doença já se posiciona na primeira posição entre as causas de morte.

Este dado é preocupante, pois a mortalidade por essa causa exerce um significativo impacto sobre o indicador de anos de vida perdidos e o aumento do número de órfãos decorrente da morte materna.

As mulheres HIV soropositivas do Brasil frequentemente se deparam com esta problemática. Para “a maioria delas, as escolhas reprodutivas são um dilema que raramente são foco de discussão a partir de sua própria ótica”. (SANTOS, 2002) Diversos são os aspectos particulares da assistência às portadoras de HIV/AIDS se levados em consideração os assuntos do gênero.

E apesar das inúmeras alterações físicas e psicológicas, percebe-se que a mulher moderna, na maioria das vezes, deseja engravidar e ter filhos e relata uma

satisfação em ser mãe justificada por um instinto maternal, associado a uma dádiva divina ou a um papel a ser cumprido e confiado por Deus, acompanhado ainda de sentimentos de felicidade por perpetuar a espécie. (PICININI, 2009)

Isso não exige as mulheres de enfrentar outras questões levando em consideração preocupações e sentimentos envolvidos. Muitas mães tendem a ser mais tolerantes e complacentes com os filhos, o que pode propiciar maior prevalência de problemas de comportamento (FAITHFULL, 1997; TOMPKINS et al., 1999). Outros autores acreditam que as mães se ressentem por crerem que os filhos estão perdendo a infância e amadurecendo muito rápido, enfrentando algo tão doloroso e precisando ajudá-las (INGRAM; HUTCHINSON, 2000; NELMS, 2005).

A análise sócio-antropológica ajuda a discutir essas questões subjacentes ao desejo materno e ao sentido atribuído à maternidade. Através de estudos como este, busca-se entender o ser humano que vivencia este fenômeno na integralidade podendo, através dele, investir em humanização da assistência principalmente no que diz respeito aos aspectos psicológicos que permeiam o fato de um ser humano que carrega um ser e um vírus, influenciando nas formas como se adapta à realidade e auxiliando os profissionais no desfecho de problemas que envolvem tais questões.

Espera-se que esta pesquisa possa auxiliar os profissionais de saúde e as pessoas vivendo com HIV/AIDS a lidar com as dificuldades relacionadas à terapia medicamentosa e a todos outros aspectos que envolvem a vivência e convivência com o vírus.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 A mulher e a sexualidade**

A sexualidade é tema de análise sociológica de diversos autores. Há algum tempo, estudiosos tentam entender e descrever o processo civilizador da sexualidade e do corpo e mencionam que os atos que anteriormente eram praticados livremente, ou

seja, publicamente se transformam no contexto atual em comportamentos cada vez mais privados. (HEILBORN, 2009)

A sexualidade se caracteriza como “o impulso e à emoção que a proximidade do sexo pode produzir que transcende definições físicas e se coloca como algo mais difuso permeando todos os momentos da vida”. (HEILBORN, 2009, p.29)

Diamantino et al. (1993b, p.1154) afirmam que é na menarca que a mulher vive a mais intensa atividade sexual, momento que coincide com o surgimento de problemas relativos à sexualidade. Sua saúde não depende de fatores orgânicos isoladamente, mas do contexto sexual que viveu até então, somado a fatores externos à vida sexual.

Laplanche afirma (1995, p.619) que a:

[...] sexualidade não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas de toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância, que proporcionam um prazer irreduzível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental e que se encontram a título de componentes na chamada forma normal do amor sexual.

Sendo assim, a sexualidade de um modo geral se tornou objeto de análise sociológica ao longo dos anos. O desejo dos estudiosos norteava o entendimento mais amplo do processo histórico, levando em consideração o processo civilizador, além das dimensões e do instinto humano.

Dessa maneira foram estabelecidas fronteiras entre os corpos, ampliando o domínio da intimidade dos indivíduos, com severas censuras dos gestos e remodelando as demonstrações afetivas (FOUCAULT, 1988).

Nessas demonstrações afetivas, corpo e indivíduo constituem noções que caminham juntas na cultura ocidental moderna e contemporânea. A noção atomizada do "indivíduo" como representação do "eu", na sociedade ocidental moderna, valeu-se do corpo. Como lembra Le Breton (2001), Durkheim, ao

mencionar a necessidade de um "fator de individuação" na constituição do "eu", afirma: "É o corpo que desempenha esse papel" (DURKHEIM, 1989, p. 331).

Não podemos aqui abordar sexualidade e corporeidade sem considerar a diferença entre os sexos. A corporeidade nos estudos sociológicos deve abarcar as diferenças de ser e do comportamento de ser homem e de ser mulher.

Em princípio, homens e mulheres foram colocados em pé de igualdade, na medida em que a oposição radical entre a sexualidade lícita, dentro do casamento, dizia respeito a ambos. No entanto, na prática, e em todas as legislações influenciadas pelo cristianismo (por exemplo, na América Latina), o adultério sempre foi visto com um olhar muito mais severo quando dizia respeito às mulheres. Por outro lado, a prostituição, que provoca uma condenação moral bastante radical àquelas que a praticam, nunca lançou um opróbrio equivalente à sua clientela masculina. Na cristandade medieval e clássica, excluída a busca do prazer na sexualidade lícita, ele só poderia ser experimentado na transgressão: mas, se essa transgressão era amplamente tolerada para os homens, a procura do prazer pelas mulheres permanecia moralmente inaceitável. (BOZON, 2004, p. 27)

Considerando o corpo como resultado de uma construção social e cultural, identifica-se o papel feminino como subordinado ao homem, tendência na qual o corpo da mulher foi civilizado e disciplinado de todas as formas configurando uma relação de poder entre homens e mulheres em que o corpo da mulher era descrito como diferente e inferior.

Para Knauth (2009), o homem é um ser biopsicossocial, e desse modo, existem diversas formas de compreendê-lo, que no decorrer dos séculos não podem ser negligenciadas. Quando tratamos de questões que abordam o universo feminino, no curso da história a imagem da mulher na sociedade é pouco valorizada. Sendo que a compreensão das questões envolvendo a sexualidade feminina podem direcionar na busca de respostas às questões atuais que norteiam práticas e medos ainda vivenciados na mulher, com enfoque as que estão relacionadas ao seu corpo.

A mulher possui necessidades afetivas e essenciais como o afeto, o respeito, e a compreensão a serem supridas em tempo hábil. Isso se justifica diante da mulher possuir plena condição de ter e proporcionar um sentimento íntimo saudável e

desenvolvido, favorecendo com isso a capacidade de vivenciar seu próprio corpo e a sua sexualidade. Del Priore (2011) relata que no universo feminino as mudanças hormonais e também as psicológicas fazem com que a mulher estabeleça ainda muito cedo relações íntimas com seu próprio corpo.

Esses aspectos subjetivos interligados a condições psíquicas, culturais e sociais estão relacionados à sexualidade feminina e seu ciclo de resposta sexual divididos em estágios, que precisam ser completados para alcance de sua satisfação sexual.

Dessa maneira, a sexualidade humana feminina, caracteriza-se como uma ampla gama de questões, sobre o sexo feminino e seus desejos e comportamentos sexuais, sem menosprezar aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais, culturais, políticos e aspectos religiosos da sexualidade feminina. Vários aspectos da sexualidade feminina, como parte da sexualidade humana, também foram abordadas pelos princípios da ética, da moralidade e da teologia.

Sousa (2010) relata que no universo da iniciação sexual no Brasil não se apresentam grandes variações entre grupos sociais, mas no que tange às relações entre homens e mulheres, há extrema disparidade.

Com base no mesmo autor, o estudo das práticas sexuais dos brasileiros sinaliza uma forte diferença entre homens e mulheres, até mesmo quando inseridos no mesmo grupo social, revelando com isso efeitos de declaração para mulheres, talvez por causa do pudor; ao passo que entre os homens existe a possibilidade da ocorrência de efeitos da valorização do contato sexual, sob todos os aspectos. (Sousa, 2010, p. 56).

Dessa maneira, o que se observa é que o processo civilizador poderá variar de acordo com os padrões da sociedade. Os estudos dos processos histórico-culturais sinalizam que os padrões de conduta aceitos em um momento da história, poderão ser interditados em outros períodos, transformando, assim a maneira como os indivíduos vivenciam a sexualidade. (CARVALHO; PICCININI, 2008)

Desse modo, o uso social do corpo consiste numa dimensão da Antropologia que assinala como socialmente construído o modo de caminhar, sorrir, olhar ou tantas outras funções. Quando duas pessoas se olham, existem diferenças conforme a nacionalidade: os brasileiros olham alguém de seu próprio sexo ou do sexo oposto de maneira direta entre os olhos. A maneira com a qual cada cultura considera o uso dos corpos está atrelada às ideias dominantes em sua sociedade, em um determinado momento histórico. (CARVALHO; PICCININI, 2008)

Tanto homens quanto mulheres são modelados socialmente de maneiras diversificadas e nesse processo intervêm as questões sociais profundamente entranhadas na maneira de conceber a sociedade, os discursos e as práticas sociais. Essas diferenças em questão são perceptíveis entre as classes sociais como entre os gêneros, sendo acompanhadas pelos roteiros sexuais que os indivíduos seguem.

Giddens (2009) afirma que se no final do século XX as mulheres eram reprimidas sexualmente, em nossos dias elas conquistaram a posição de profissionais bem-sucedidas, competindo no mercado de trabalho, cargos e posições com os homens. Ainda assim, desempenham vários papéis sociais como ser mãe, ser esposa, ter aparência saudável e atraente para o sexo.

Martins (2010) constata um aumento da importância do papel materno; além das atividades da educação dos filhos, as mulheres brasileiras assumiram o mercado de trabalho e o papel de dividir com os homens as despesas da família. Embora sobrecarregada, a mulher administra as questões familiares e tem maior disponibilidade afetiva. A presença da mãe na família se tornou intensa e permanente, exerce funções múltiplas de afeto e autoridade, assim como as de repreender os filhos, cuidar da casa e também ser provedora.

Esse destaque desempenhado pela mulher e a maternidade, levou à redução da participação paterna nas relações familiares. Agora a figura masculina é menos cobrada, tanto dentro como fora de casa. Essas mudanças refletiram no universo feminino, causando impactos positivos, pois ampliaram a autoridade e a autonomia. Por outro lado, mas também acarretam em cobranças. No universo coletivo, a

população brasileira imagina a figura materna como a de uma mãe precisa ser mais perfeita que o pai, carinhosa e dedicada à família (MARTINS, 2010).

No decorrer da história, a imagem de beleza feminina estava relacionada à maternidade e à reprodução. Desta forma, essa imagem era facilmente identificada nas formas arredondadas e vastas. Posteriormente, com a inserção da mulher no mercado de trabalho e a dissociação da figura única de mãe, a mulher assumiu uma imagem de magra associada à sua capacidade financeira (SOUSA, 2010), deixando de ser subordinada aos homens e tornando-se dependente dos padrões de beleza modernos, a tornar-se muitas vezes "vítima" de si própria no sentido de atingir os padrões que a sociedade moderna criou como fazendo parte da imagem corporal ideal.

Diante do exposto com a abertura do mercado de trabalho essas mulheres tiveram a possibilidade de desempenhar funções fora da esfera doméstica e com a devida remuneração torna-se a cada dia uma escolha real para grande número delas. Tendo adquirido melhor formação educacional nas décadas finais do século XX, as mesmas vêm ocupando porcentagem crescente do mercado de trabalho, tanto no Brasil quanto na maior parte dos países (MURARO, 1993).

Observam-se mudanças relacionadas à mulher e à família, notando-se um declínio do modelo patriarcal e um número cada vez maior de mulheres que trabalham fora de casa e que, além da família e maternidade, preocupam-se também com a carreira profissional.

Muraro (1993), ainda acrescenta que esses papéis ao longo da história apresentam-se relacionados à sexualidade feminina. A ginecologia racionalizou a sexualidade feminina, passando a ideia de um corpo em um objeto analisável, mensurável e sujeito a diversas práticas de objetivação.

Essa ideia também se apresenta no poder de argumento da medicina que transforma a mulher em paciente com plena confiança no médico, além de entenderem as funções maternas como sagradas e naturais, tomando o corpo da mulher como fundamento de identidade e de devir.

Entre os séculos XVIII e XX a questão era em torno do corpo feminino ter se tornado um objeto de conhecimento que motivava debates com divergência de opiniões sobre as diferenças femininas. Esse fato se estendeu até o século XX, quando a visualização da imagem do corpo feminino como a da mulher imperfeita origina-se desde a época de Aristóteles e Galeno (SEGATTO, 2000).

Esses autores deram contribuições para o modelo considerado modelo do sexo único no qual a diferença entre o homem e a mulher amparava-se na noção de perfeição. O corpo feminino era a imperfeição invariavelmente do masculino, pois os órgãos sexuais femininos eram vistos como invertidos, mulher não possuía calor para exteriorizar seus órgãos sexuais. O sexo masculino era considerado como existente, nas relações eram as diferenças de gênero que valiam.

No século XVIII, surgiu um modelo em que se acentuam as diferenças sexuais no gênero e não relacionadas ao sexo. Este novo modelo, possui como base a Natureza em seu fundamento, as mulheres são vistas como seres inferiores comparadas aos homens devido a sua estatura, fragilidade e sensibilidade. Sendo essas diferenças irreduzíveis, naturalmente inscritas nos corpos, compostas de forma física e intelectual (SEGATTO, 2000).

A visão no século XIX e até mesmo no século XX era que a mulher passava uma ideia dúbia, pois suas funções sociais de casamento, a maternidade e a educação dos filhos transmitiam uma imagem feminina de superioridade, porém, a mesma teria que controlar seus impulsos sexuais e desejos e não se entregar a falta de moral. Essa imagem nega o corpo feminino na sua sexualidade, pois está voltada diretamente para a reprodução.

Como afirma Segatto (2000, p. 56):

Embora no século XX tenha havido modificações nas leis do país que minimizaram a assimetria nas relações entre os sexos e o modelo de comportamento feminino se alterado devido às conquistas do Feminismo, com a inserção da mulher no mercado de trabalho, a estrutura simbólica que organiza esses mecanismos de controle social continuou cristalizada, reproduzindo a desigualdade: A posição

social da mulher mudou, mas a forma de experimentar a afetividade e sexualidade continua igual.

Para Del Priore (2011), os dados históricos reforçam que essa visão do corpo e da sexualidade feminina ainda se fazem presentes na vida da mulher contemporânea e podem ser percebidas nas situações em que as mesmas estejam envolvidas.

Em uma visão ampla do ocorrido no Século XX, vale salientar que quando utilizamos essas reflexões, as mesmas nos sinalizam que as mudanças têm impacto na vida cotidiana e na constituição das relações pessoais.

Giddens afirma que "o nosso dia a dia, pode-se dizer, tornou-se experimental de uma forma que encontra paralelos no grande experimento da modernidade como um todo." (2009, p.103). O autor faz nesse caso a conexão com o passado e mudanças alcançadas até o nosso contexto atual.

Esse processo de reformulação dos códigos universalizados está relacionado ao aniquilamento da ordem tradicional estabelecida fortemente no século XX. Mas embora essas transformações sinalizem uma ruptura brusca com o passado, as tradições não deixam de existir. Elas se tornam mais explícitas e questionadas, pois as opções de escolhas e decisões ficam na dependência dessa remodelação da tradição, e não de sua supressão.

Para Giddens (2009), as mudanças nos processos sociais existem em torno de um conflito entre o desejo de renovação e o desejo de conservar o passado, isso se deve, pois as tradições permanecem presentes no imaginário social, igualmente com as questões que envolvem a maternidade.

Del Priore (2011) analisa a adesão do sujeito a muitos ideais modernos e conservação de ideais considerados arcaicos. Nesse processo, dada à velocidade com que se operam essas mudanças e também a possibilidade da permanência de códigos tradicionais, esses processos de escolha podem ser conflitivos.

Com base nos autores, a maternidade encontra-se vinculada à identidade feminina, estando atrelada à crença de que gerar um filho faz parte da natureza feminina. Essa concepção da maternidade foi marcada até o século XX, quando as mulheres, reivindicaram as questões da identidade feminina.

Sobre essa questão Porto (1998, p.66) relata:

Em alguns casos as mulheres são alertadas constantemente da passagem do tempo, o fato de que 'são governadas por um relógio biológico' que tornará, mais cedo ou mais tarde, inevitável esse desejo de não ter filhos. Tal desejo é encarado como anti-natural e uma série de argumentos médicos, psicológicos e morais se levantam contra ele.

Contudo, o desejo da maternidade e a gestação é um episódio normal, portanto, fisiológico na vida da mulher. Durante o período gestacional ocorrem alterações fisiológicas que marcam o corpo da mulher, preparando-o para acolher e nutrir um novo ser, mas também, existem transformações psicológicas, havendo uma busca em compreender sua nova imagem.

Dessa forma, as mudanças na identidade feminina e sua sexualidade tornam-se cada vez mais visíveis e a maternidade passa a ser planejada de acordo com a carreira profissional e com a situação de conjugalidade que deve estar estabilizada.

Paim (1998, p. 35) adverte que "Ser mulher, nos grupos populares, inclui a maternidade como condição inerente e necessária para sua completa realização como sujeito desse universo simbólico".

A mulher contemporânea, então, esforça-se para equilibrar as diferentes fases da sua vida, procurando conciliar sua sexualidade, carreira, família e maternidade, experimentando momentos naturais, mas também momentos socialmente construídos e herdados.

## **3.2 Compreendendo o HIV e a assistência em saúde**

Na busca do alcance pelos objetivos propostos torna-se imprescindível a compreensão da patologia e sua evolução o que ajudará a entender os aspectos relacionados ao desenvolvimento da doença no país.

### **3.2.1 A evolução do HIV**

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, a Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma condição clínica mencionada pela primeira vez na década de 80, caracterizada como infecções oportunistas, tumores incomuns e uma variedade de alterações sanguíneas autoimunes, ocasionada pelo Vírus da Imunodeficiência humana.

O vírus em questão consiste em pequenas partículas de material genético e dependendo de uma célula para sobreviver e se replicar, o HIV é um retrovírus na cadeia do vírus lento, age atacando seletivamente às células "T Helpers" (T4), ou que desempenhem relevante papel na reação imunológica do corpo. Essa destruição das células (T Helpers) provoca uma série de deficiências imunológicas.

Sua transmissão ocorre pela inoculação dos fluídos corporais infectados na corrente sanguínea (sêmen, secreções vaginais cervicais e o sangue), apesar do vírus ter sido isolado na saliva, lágrimas e fluído cérebro-espinhal, as vias de transmissão constituem na relação sexual (anal, vaginal e oral), na inoculação de sangue, sendo esta agulha compartilhada, ou o sangue de transfusões e a passagem por meio da placenta e ingesta de leite materno infectado.

Neves (1999) relata que em um intervalo de uma a três semanas após exposição ao vírus acontece a viremia (contágio propriamente dito), o desenvolvimento de anticorpos (sorologia +) ocorre cerca de dois a três meses pós-exposição. Nesse período de soro-conversão, pode ocorrer uma doença transitória (mononucleose). Após seis meses de infecção os sintomas de AIDS podem ocorrer a qualquer instante, o risco de desenvolver a AIDS em indivíduos positivos para os anticorpos

de HIV, aumenta com a permanência da soropositividade entre 35% (trinta e cinco por cento) em sete anos.

A infecção por HIV se apresenta como uma doença progressiva, dividida em três etapas: assintomática (duração 1 (uma) semana a alguns anos indefinidamente), sintomática (vagos sintomas: mal - estar, febre, suores noturnos, depressão e perda de peso, diarreia, candidíase oral, distúrbios psiquiátricos) e evolução rápida da AIDS com duração dos sintomas por mais de 14 dias.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda, desde 2001, o uso de zidovudina isoladamente ou associada a lamivudina e nevirapina na gestação e trabalho de parto como profilaxia da transmissão vertical. Após a manifestação, as infecções comuns incluem pneumonia por “pneumocystis carinii”, candidíase, infecção por citomegalovírus, infecção sistêmica por salmonella, toxoplasmose, herpes zoster, meningite, linfomas, encefalite sub-aguda, mielopatia, neuropatias periféricas e meningite asséptica (OMS 2001).

A recuperação da primeira infecção é comum, em muitos casos os sintomas crônicos (febre, diarreia, perda de peso) persistem e o paciente pode sucumbir às infecções subsequentes. Geralmente a droga antiviral utilizada é o AZT (zidovudina), seu efeito é limitado quando utilizado isoladamente, outras combinações são necessárias com o AZT, o DDI (Didanozina), DOC (Zalcitabina) , D4T (Estavudina) e 3TC (lamivudine) OMS (2001).

Diante do exposto, é notório que os avanços da medicina para as infecções do HIV são animadoras, as últimas pesquisas internacionais relatam que a combinação de drogas antivirais possibilita adiar o desenvolvimento de infecções do HIV e à morte do que o AZT usado isoladamente, com uma redução de 40%, para quem já estava tomando o AZT há vários meses, o progresso da doença não foi afetado.

Embora a maior parte dos estudos sobre a Síndrome da imunodeficiência humana adquirida e saúde reprodutiva no contexto dos serviços públicos de saúde demonstra não valorizar o elo entre AIDS e gravidez na mesma relação sexual (PAIVA, 2000; SANTOS 2010) através de outros estudos constata-se que embora

com tantas limitações e as intervenções no tratamento do HIV, percebe-se que as dificuldades não anulam ou ofuscam o desejo da mulher portadora do vírus em ter um filho nos braços.

Neves (1999) relata que o desejo e preocupação em ter filhos saudáveis fazem parte da vida de qualquer gestante, mas no caso da portadora do HIV se tornam mais latentes.

A OMS no Brasil se apresenta com expressivo sinergismo para as prioridades de saúde da sociedade brasileira, principalmente com relação às prioridades definidas, no nível global, pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo XI Programa de Médio Prazo 2008-2015 da OMS, pela Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, com aprovação dos governos dos países americanos, pelo Plano Estratégico da OPAS/OMS para 2008-2012, como também, pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Dessa maneira, a OMS no Brasil realiza um trabalho intenso na criação e definição estratégica da Cooperação Técnica a ser prestada no Brasil, entre elas com os principais objetivos:

- a) Busca do equilíbrio entre prioridades do país e da OMS;
- b) Orientação à ação da OMS no país, conforme a Avaliação Conjunta do País/Matriz de Cooperação das Nações Unidas;
- c) Elaboração Orçamento-Programa Único da OMS;
- d) Definição dos papéis e as funções da OMS no apoio ao país;
- e) Constituição de um processo de aprendizado para ambas as partes;
- f) Atenção redobrada com o processo permitindo a flexibilidade e a capacidade de adaptar-se a mudanças.

Para o biênio 2012-2014, a Cooperação Técnica da OMS no Brasil busca criar projetos direcionados ao fortalecimento e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde brasileiro, assim como, ao acompanhamento do processo de Cooperação entre as regiões. Essas ações estratégicas da Organização objetivam o evidenciar e fortalecer o seu papel junto ao governo brasileiro e para isso, visa ampliar a

participação de instituições nacionais e internacionais, Centros e Unidades Técnicas da OMS, além das demais agências do Sistema das Nações Unidas (NEVES, 1999).

Essas metas têm como principal propósito a constituição de uma cooperação articulada e dessa forma, espera-se que a cooperação técnica a ser prestada pela OMS ao Brasil durante o período 2012-2014 possa agregar para o desenvolvimento socioeconômico do país através da melhoria da saúde individual e coletiva de todos os brasileiros.

A AIDS no Brasil é destaque no cenário internacional e a ONU no Brasil busca apoiar o governo e a sociedade brasileira como um todo nas muitas frentes de resposta à epidemia. A instituição defende o respeito à vida, à dignidade humana e à promoção de melhores condições de vida para a sociedade. A OMS e a ONU empregam seus esforços em defender os Direitos Humanos dos portadores de HIV e no direito ao acesso universal à prevenção, tratamento, assistência e apoio ao HIV. (NEVES, 1999).

A OMS, UNICEF e UNAIDS lançaram conjuntamente o Relatório Mundial sobre Acesso Universal 2012, estabelecendo as metas de acesso universal à prevenção, tratamento e atenção ao HIV.

No Brasil, a elaboração desse relatório foi composta pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, OPAS/OMS, UNICEF e UNAIDS. Esses órgãos mobilizaram esforços para atualização dos dados do Brasil sobre os avanços da resposta nacional à epidemia de AIDS. Dessa maneira, o processo permitirá acesso a novas tecnologias para a análise da informação epidemiológica disponível. Eis a síntese desse encontro:

- a) Zero para novas infecções pelo HIV.
- b) Zero discriminação.
- c) Zero óbito relacionado à AIDS.

A OMS busca com essas três metas encorajar, mobilizar e apoiar os países a alcançar o acesso à prevenção, tratamento e cuidados no que concerne ao HIV no

mundo. Reunindo na proposta um Plano Integrado, permitindo que agências envolvidas, tenham fontes de financiamento conjuntamente, um orçamento único e monitoramento com avaliação das diversas estratégias que compõem o Plano.

A OMS propõe potencializar os recursos humanos e o capital intelectual, técnico dos postos de saúde buscando, assim maior eficácia dos recursos financeiros e orçamentos de diversas fontes. Sem esquecer o fortalecimento da liderança estratégica do Sistema de saúde no país, com interlocução direta com as autoridades nacionais.

Maldonado (1994), afirma que essa estratégia poderá em longo prazo reduzir a sobreposição dos esforços das agências e que essa experiência seja uma realidade para todo o país. A OMS acredita no potencial do Brasil em prestar um serviço mais humanizado e com olhos atentos para os portadores de HIV, afinal o país se destaca pela atenção aos portadores do vírus HIV.

Analisando aqui as estratégias propostas pela OMS e ONU no Brasil no combate a AIDS percebe-se a necessidade de estudos que auxiliem os profissionais de saúde na garantia desses direitos na assistência oferecida, pois estão em xeque aqui os direitos sexuais e reprodutivos.

Para Maldonado (1994), a política brasileira no tratamento do HIV/AIDS foi muito discutida e criticada ao ser implementada na década de 1990. Entretanto, após a sua implementação, o êxito da resposta brasileira ao HIV é positiva e mundialmente reconhecida, com uma postura sólida e imediata do governo, com uma participação da sociedade civil, e de uma abordagem equilibrada entre prevenção e tratamento com respaldo na luta pelos direitos humanos, com ênfase em uma política de amplo acesso a medicamentos anti-retrovirais (ARVs).

Apesar dos avanços o país se posiciona com preocupação mesmo com o decréscimo da mortalidade por AIDS no país, embora a partir de 2000, a mortalidade se mostre estável. O Brasil busca reestruturar as condições de acesso ao diagnóstico precoce do HIV, à rede de apoio diagnóstico de CD4, carga viral e

genotipagem, assim como, à profilaxia das doenças oportunistas e ao tratamento com medicamentos anti-retrovirais (MALDONADO,1994).

Nota-se que neste aspecto o governo precisa se atentar para um acolhimento psicológico e assistencial para as mulheres portadoras do vírus que desejam desempenhar o papel da maternidade.

Dessa forma, é relevante focar investimentos nas estratégias de amparo a essas mulheres, prevenção e controle do vírus, particularmente entre às mulheres, como forma de garantir a redução da mortalidade por AIDS, mas também, proporcionar as mulheres que desejam ter um filho, um acompanhamento mais criterioso, um acolhimento. Evitando com isso, uma postura de censura ou recriminação por tal desejo.

O Brasil adota como tendência intervenções mais contundentes para redução do vírus em nosso país, com implementações e intervenções para a sua redução. O Ministério da Saúde, em documento apresentado ao II Fórum Global para prevenção de HIV, realizado em 2010 em Xangai, o Brasil já explicitava algumas das ações que vinham sendo colocadas em prática, (MALDONADO, 1994).

Todas essas intervenções são coordenadas nacionalmente, através das áreas técnicas assistenciais da Secretaria de Vigilância e da Secretaria de Atenção à Saúde, existindo articulação entre elas, com o intuito de aproximar as ações para redução de epidemiologia com as ações e promoção da saúde.

Dessa maneira, o foco será a proposição de ações mais integradas, posicionando, assim, a saúde como eixo integrador e articulador dos serviços de saúde e na estruturação de políticas públicas saudáveis para toda a população.

A luta contra a AIDS no Brasil estabelece uma nova relação entre o Estado e a sociedade, essa característica de formulação e definição de estratégias na prevenção e assistência juntamente com a sociedade civil e a científica integram a história da AIDS no Brasil.

O país está empenhado com os objetivos que pretende alcançar: a redução da incidência do vírus na população, a garantia dos direitos de cidadania e de qualidade de vida para os portadores da doença o HIV e a AIDS e a priorização de ações voltadas para as DST no país.

Para Martins (2010), o Brasil pretende e já envolve na luta contra a AIDS os diversos setores governamentais (educação, instituições da pesquisa, áreas econômica e social, forças armadas, judiciário), setores não governamentais (religiosos, grupos de pessoas afetadas ou vivendo com HIV/AIDS, movimentos sociais, empresariado etc), assim como também buscam apoio internacional no enfrentamento da doença.

O intuito maior será promover ajustes, reorganizar ações, rever e estabelecer novos procedimentos. Com atenção às questões novas que surgem no campo técnico-científico, ou desenvolvimento de ações e estratégias de intervenção, pois os avanços e retrocessos integram essa luta que não é linear (MALDONADO, 1994).

Com isso, poderão ser definidas as estratégias e ações para o enfrentamento da epidemia de DST/AIDS, levando em conta os avanços científicos, a noção do processo saúde e doença e considerando determinantes sociais, culturais, econômicas, epidemiológicas e biológicas. Eis alguns pontos relevantes com base em Maldonado (1994):

Prevenção:

- a) Estabelecer políticas de prevenção em nível nacional para as DST/HIV/AIDS;
- b) Articular o poder público, privado e da sociedade civil, promover integração das ações de promoção à saúde e prevenção das DST/AIDS;
- c) Fortalecer ações de intervenção comportamental.

Diretrizes:

- a) Mudança no comportamento através da informação qualificada a respeito de transmissão e prevenção e risco;

- b) Desenvolvimento de trabalhos de intervenção em pares e agentes comunitários de saúde, relevando as mudanças de atitudes, valores e crenças em relação as DST/AIDS;
- c) Fortalecer redes sociais e atingir ações de promoção e prevenção à saúde para o enfrentamento da epidemia;
- d) Desenvolver parcerias com organizações não governamentais, associações, ampliando ações de prevenção;

Estratégias:

- a) Campanhas de massa: mídia impressa, eletrônica e intervenções educativas relacionados à auto-estima e conscientização sobre o risco da população;
- b) Apoio a projetos de intervenção comportamental e informativos, no intuito de atingir os diferentes grupos da sociedade levando a adotar práticas seguras que reduzam a transmissão do HIV/AIDS;
- c) Estímulo ao acesso a dispositivos de prevenção: preservativos, seringas descartáveis;
- d) Capacitação para formação de agentes de informação sobre as DST e o HIV/AIDS.

Martins (2010) relata que o Governo Brasileiro assume um compromisso de acompanhamento às metas estabelecidas na Declaração de Compromissos sobre HIV/AIDS. Com ênfase a preocupação maior em fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), levando em consideração: o direito de todos à saúde, a integralidade da atenção, onde a prevenção à doença individual e coletiva, a igualdade no acesso ao sistema de saúde, descentralização político-administrativa, hierarquização e regionalização da organização dos serviços de saúde em diversos níveis de complexidade.

### **3.2.2 O Brasil como Modelo de tratamento do HIV**

A epidemia da Síndrome da imunodeficiência humana adquirida - AIDS no Brasil trata-se de um grande problema de saúde pública e, mesmo ainda havendo muito

mais casos notificados em pessoas do sexo masculino, a agilidade do crescimento da epidemia é, como em outros países, bem maior entre mulheres do que entre homens (AMARO, 2005).

Desde o surgimento da AIDS na década de 80 no Brasil, a doença que antes estava vinculada aos homossexuais, se tornou uma ameaça à saúde no contexto da família, diminuindo sua abrangência em grupos menores e específicos para aumentar sua incidência entre os heterossexuais, atingindo principalmente mulheres em um relacionamento considerado estável.

O Brasil ocupa lugar de destaque entre aqueles países com o maior número de portadores do vírus do HIV, sendo que é uma realidade e não podem ser ignorados pelos pais, educadores, profissionais de saúde e toda a população (PEDROSO, 2007).

A doença crônica pode então representar uma ameaça aos projetos de vida de uma pessoa (QUEVEDO, 2010) principalmente no que se refere a patologias de grande magnitude e risco eminente de morte como o vírus do HIV.

No entanto nota-se um crescimento considerável do número de mulheres que mesmo tendo conhecimento do diagnóstico para HIV Positivo aparecem grávidas. Isto pode associar-se a necessidade íntima de cumprir o papel feminino de procriar (QUEVEDO, 2010) ou ainda como superação da doença e/ou de obstáculos.

No Brasil e nos dias atuais as pesquisas referentes à relação entre Síndrome da imunodeficiência humana adquirida - AIDS e a mulher apresentam aspectos culturais enquanto fatores responsáveis à cadeia de transmissão do vírus HIV (AMARO, 2005; PRAÇA; LATORRE, 2003).

Em um estudo exploratório no Brasil, a taxa de mortalidade por HIV foi analisada em três fases distintas. Os resultados dos estudos acerca da relação entre terapia antiretroviral e taxa de mortalidade por AIDS entre 1996 e 1999, quando a Terapia de Antiretrovirais de alta potência passou a ser prescrita, demonstram elevada

associação com o aumento da sobrevida e diminuição das taxas de mortalidade (REIS; SANTOS; CRUZ, 2007).

As informações epidemiológicas apresentadas pelo Ministério da Saúde (2011) ratificam tais achados ao apontarem como categoria de exposição fundamental ao HIV mulheres brasileiras com idade superior a 13 anos e, o contato sexual, em particular a relação entre heterossexuais (65,8%), sendo que as mulheres que fazem uso de drogas injetáveis são representantes de 13,6% dos casos.

A comprovação de que toda a sociedade encontra-se envolvida no risco de transmissão do HIV, coopera para a elevação da preocupação acerca das relações heterossexuais, em especial aquelas práticas sexuais desenvolvidas por casais em condição de união estável (AMARO, 2005).

Outro ponto que merece análise reside no fato de que atualmente, no Brasil, é atributo para a grande maioria das mulheres infectadas possuírem parceiro sexual exclusivo e família estabelecida. Assim tornam-se relevantes do mesmo modo os fatos apontados por número substancial de obras, as quais assinalam acerca do envolvimento da mulher em situações de risco para infecção pelo HIV independente do grau de conhecimento que possui acerca do vírus da AIDS (BRASIL, 2008).

As informações citadas remetem a importância em se considerar os aspectos culturais, sociais e governamentais envolvidos na transmissibilidade do vírus da AIDS pela via sexual. Diversos são os estudos que evidenciam as dificuldades da mulher em localizar respaldo social para interpelar os parceiros acerca dos assuntos referentes à segurança e à saúde, neste contexto surge o Estado enquanto órgão responsável por tal apoio, uma vez que cabe a ele a promoção da saúde à sociedade por meio de suas políticas públicas (AMARO, 2005). Tal desinteresse “é justificado pela característica da cultura sexual brasileira que considera diferentemente a natureza do homem e da mulher” (PRAÇA; LATORRE, 2003, p. 63).

Assim é voltada a atenção para o fato de que urge uma valoração as particularidades que envolvem a problemática da sexualidade brasileira, levando-se

em consideração o cenário sexual, as condições socioeconômicas, a atuação dos órgãos competentes governamentais e o papel exercido pelos profissionais de saúde. Somente a partir de tal análise se poderá delinear futuros planejamentos envolvendo a gestão de saúde em ações educativas de prevenção adequadas a cada grupo envolvido (KONIAK-GRIFFIN; BRECHT, 1995; BARBOSA, 1996; GUIMARÃES, 1996; PRAÇA; GUALDA, 2000).

Diante do número de jovens acometidos atualmente pela doença, constata-se um crescimento acelerado entre mulheres em idade fértil e ainda um aumento da sobrevivência e diminuição da taxa de mortalidade dos portadores da doença após introdução do Coquetel de medicamentos contendo o AZT (REIS; SANTOS; CRUZ, 2007).

Nota-se, portanto, a necessidade de ações a serem implementadas pela equipe de saúde e voltadas para as questões que envolvem sexualidade e apoio à maternidade de mulheres acometidas pela patologia, considerando que a maioria delas quando se depara com o diagnóstico de HIV ainda está em idade fértil e culturalmente muitas manifestarão o desejo de engravidar.

De acordo com as Organizações das Nações Unidas- ONU, em torno de 33 milhões de pessoas no mundo são portadoras do HIV, destes 18 milhões são mulheres. Segundo o Ministério da Saúde desde o início da epidemia em 1982 até junho de 2010 o Brasil registrou 592.914 casos de AIDS, sendo registrados em 2009 - 38 mil casos novos/ano. De acordo a taxa de incidência nos últimos 10 anos a epidemia no Nordeste aumentou de 6,7 para 20,1 casos por 100 mil habitantes.

Os casos de AIDS no Brasil, ainda segundo o Ministério da Saúde, podem ser analisados pela razão dos sexos: em 1989 eram seis casos do sexo masculino para um caso do sexo feminino, em 2009 chegou a 1,6 homem para cada mulher. Na Bahia, desde o primeiro caso em 1984 até fevereiro de 2011 o número de casos acumulados de AIDS é de 12.620 sendo 4.386 mulheres, em 2010 foram diagnosticados 597 casos sendo 268 femininos. (BAHIA, 2011).

Apesar do grande número de mulheres acometidas, o diagnóstico e o acesso aos tratamentos são mais tardios quando comparados aos homens, demonstrando dessa forma uma deficiência das ações de saúde voltadas para esse público que muitas vezes não se sente sob risco (SANTOS, 2010).

Homens e mulheres são influenciados pela sociedade e cultura de formas diferentes: a sociedade espera que a mulher exerça o papel de mãe, expectativa que perpassa a infância e a adolescência segundo estratégias de sociabilidade transmitidas de geração em geração, a exemplo das brincadeiras de boneca e de cuidar da “casinha e dos bebês”. Desse modo, certos padrões ditos femininos tendem a se consolidar sendo culturalmente reconhecidos como próprios da mulher.

Dentre esses padrões está o cuidado à saúde da família, uma vez que as mulheres são reconhecidas como cuidadoras ‘natas’. Por sua dedicação à família e aos filhos muitas vezes não se sentem sob-risco (CARVALHO e COLS., 2008; DI NARDI, 2008; SANTOS, 2010).

### **3.2.3 Atuação dos enfermeiros junto aos portadores de HIV nos serviços de saúde**

O papel e suporte dos profissionais de saúde nos centros de referência são de extrema relevância, desde o momento do recebimento do diagnóstico da soropositividade, resultado do teste sorológico positivo ou negativo, desencadeia no paciente graus diferenciados de estados ansiogênicos.

Quando o resultado constitui-se positivo as dificuldades e conflitos vivenciados tomam proporções “dantescas”, demonstrando com isso a necessidade de acompanhamento psicológico nas fases pré e pós-exame. Este acompanhamento deve permitir um espaço à orientação: prevenção de contágio a terceiros e dos próprios indivíduos com elevada carga viral.

O tratamento a pacientes HIV/AIDS envolve cuidados orgânicos, orientação preventiva aos pacientes e familiares, quanto aos riscos, meios de contaminação, sintomatologia, tratamento farmacológico. Estando atento a percepção do sofrimento

psicológico do paciente, não só pelas implicações neurológicas e sim o aspecto subjetivo em si.

Esse sofrimento psicológico se manifesta desde o início, pois a convivência com doentes de AIDS é foco de muitos preconceitos, após a descoberta da infecção pelo vírus do HIV no organismo, a vida do indivíduo é coberta por uma série de preconceitos e discriminações por parte da sociedade em que ele convive. Surgindo, assim, dificuldades e dúvidas acerca da continuidade da vida, e simplesmente passar a viver torna-se uma atividade difícil e limitada (PEDROSO, 2007).

O preconceito surgiu desde o início da epidemia quando era uma doença que só atingia os homossexuais, os bissexuais, as prostitutas, usuários de drogas injetáveis. Hoje é um grande problema de saúde pública aproximando cada vez mais de todos, atingindo até mesmo aqueles que jamais tiveram comportamento de risco como de mãe para filho através da infecção vertical (BRASIL, 2010). Isso demonstra que a infecção independe de cor, raça, sexo, idade, nacionalidade, hábitos sexuais, situação econômica, ou seja; qualquer indivíduo é vulnerável ao HIV.

Além das técnicas e exames oferecidos o profissional da área de saúde precisa aprender a lidar com as subjetividades e estar atento a esse sofrimento psicológico e, primordialmente nos aspectos que envolvem a saúde da mulher, entender o significado da maternidade para mulheres HIV positivas, com atenção e sensibilizados aos aspectos que envolvem a assistência à concepção e o planejamento reprodutivo nos Centros de Referência DST/AIDS.

Diante disso, torna-se primordial compreender os sentimentos e conflitos oriundos da maternidade identificando, dessa forma, o significado dessa nova fase da vida para mulheres HIV soropositivas buscando discutir outros aspectos e questões que envolvem essa temática.

Diante do “estresse” vivenciado pelo fato de ser portador do vírus e dos cuidados de prevenção e tratamento que precisará ter a partir de então surgem dificuldades psicológicas a serem superadas . Segundo Bacaltchuk (2008), é justamente o quadro depressivo o aspecto mais relevante neste tipo de paciente. Os distúrbios do

humor são fundamentalmente da ordem dos estados ansiogênicos, onde se apresentam sentimentos de medo da morte, das dores, da dependência dos medicamentos e limitações físicas impostas por infecções oportunistas, principalmente em nível neurológico. Sem falar da forte influência dos fatores sociais e do preconceito.

De um modo geral, nem sempre o profissional da área de saúde ao dar suporte a um paciente portador do HIV, está atento aos mecanismos de defesa desse paciente, dentre os quais se destacam a sideração<sup>11</sup> e a incredulidade<sup>12</sup>, reações estas acompanhadas de mecanismos de negação (MALDONADO, 1994). Contudo, certas reações psicológicas no contexto HIV/AIDS, demonstram ser frequentes:

- a) Incredulidade: imprevisibilidade da doença e à sua evolução, não possuir sintomas da doença cria a “dúvida” de não estar doente;
- b) Culpa: relacionada à questão sexual e drogas, a culpa ganha roupagens de “punição pelo ‘mal’ comportamento”;
- c) Ostracismo e Abandono: sentimentos de rejeição, levando à um retraimento afetivo e social;
- d) Heteroagressividade: pode envolver um comportamento de superatividade sexual com fins de contaminação a terceiros;

É importante salientar que tais reações constituem-se em qualquer um dos estágios da patologia. As fases iniciais são acometidas por indiferença afetiva, sentimentos de culpa e auto-acusação, com receio do contágio a terceiros ou de afastamento destes. Já no período intermediário há todo um “balanço emocional”, uma reavaliação da vida, causando certa exaustão emocional, envolvendo muita tristeza, luto. (PEDROSO, 2007, p. 35).

Diante do exposto o atendimento nos centros de referência é de suma relevância para o bem estar desse paciente, as necessidades pessoais e de apoio psicossocial podem variar de acordo com o estágio da doença e as tensões a que se encontram

---

<sup>11</sup> Sideração: Estado de abatimento súbito das forças vitais.

<sup>12</sup> Incredulidade: Descrença; falta de fé.

submetidos os indivíduos são diferenciadas e é preciso entendê-las, principalmente quando diz respeito as orientações de Programas oferecidos na Atenção Básica como o Planejamento Familiar.

O Brasil embora se destaque mundialmente no tratamento do HIV, as questões relativas à saúde reprodutiva nas mulheres com o vírus são ainda foco de muitas discussões e deixa muito a desejar.

O papel desempenhado pelo Estado em estabelecer políticas públicas eficientes ainda está distante do almejado para essas mães portadoras do HIV, somado à função desempenhada pela equipe de saúde ainda se apresentam muito vulneráveis (MALDONADO, 1994).

De um modo geral, os profissionais da área de saúde parecem desestimular essas mulheres a desempenharem seu papel materno, focando suas orientações na prevenção. Essas orientações podem ser justificadas por uma série de fatores entre eles a preocupação com a disseminação da patologia, principalmente por meio da transmissão vertical e os julgamentos preconceituosos de que as mesmas, por serem portadoras de tal doença, não seriam merecedoras de tal benevolência.

Essas informações nos remetem a imaturidade dos serviços de planejamento familiar oferecidos nos diversos níveis de atenção à saúde que incentivam essas mulheres a adoção do uso de métodos contraceptivos ou de esterilização que possam impedir a gestação dessas mulheres portadoras do vírus. Essas orientações utilizam como base ética o fato de poder proteger o feto e o parceiro soro discordante contra possíveis contaminações. (PICCININI, 2009).

Por outro lado, os profissionais se deparam com os diversos programas do Ministério que buscam garantir o direito que toda mulher possui, sendo portadora do vírus HIV ou não, de ter filhos. No entanto estão despreparados para entender todos os aspectos subjetivos que envolvem essas questões e para oferecer suporte a tais mulheres, (SANTOS, 2002).

A prevenção e o tratamento em nosso país existem, desejando um espaço expressivo no suporte a essas mulheres que desejam engravidar. Em muitos momentos elas são desestimuladas e acabam se frustrando ou engravidando sem as devidas orientações que poderiam auxiliá-las no controle da doença.

Entre as dificuldades apontadas ainda por mulheres soropositivas na opção de ter ou não filhos estão os medos da transmissão vertical e a falta de apoio médico na decisão. Em pesquisa realizada em um serviço de referência DST/AIDS, quase todos os clínicos do serviço nunca conversaram ou orientaram suas pacientes sobre questões relacionadas à saúde reprodutiva (SANTOS, 2002).

Questões relativas à saúde reprodutiva nas mulheres com HIV são ainda um foco de muita discussão. O papel da equipe de saúde nesse momento torna-se muito relevante, pois requer pensar na mãe, no bebê e nas políticas de saúde pública, ou seja, pensar no bem estar de todos envolve muitas questões que se tornam um desafio para ambas às partes.

Sabe-se que as práticas dos profissionais de saúde comunitária concentram-se em promover e manter a saúde das populações, assim como em impedir ou minimizar o avanço das doenças. Em meio aos papéis desenvolvidos pelos profissionais de saúde encontra-se a promoção do bem estar da humanidade, combatendo endemias, diminuindo riscos de contaminação e promovendo um ambiente o mais saudável possível para a população.

No entanto, o que se observa é que este papel direciona-se para a prevenção e não consiste em um apoio à mulher portadora do HIV que deseja ser mãe. Os profissionais de saúde precisam pautar com afinco na tentativa de compreender o significado da maternidade para a mulher portadora do vírus HIV e só assim poder compreender os motivos que a leva a esse desejo, resultando talvez em uma assistência mais humanizada a essa paciente fragilizada por uma patologia de grande magnitude para a sociedade como o HIV.

Estudos demonstram que mesmo após o diagnóstico a maioria das mulheres, sejam mães ou não, manifesta a vontade de ter filhos (LIMA & cols, 2002). Dessa forma, o

número de crianças que nascem entre os portadores de HIV ainda é grande e mesmo com todas as mudanças que a estrutura familiar vem sofrendo – entre elas o declínio do modelo tradicional de família e as novas configurações que vêm surgindo – a mãe ocupa lugar fundamental na família sendo esta a principal identidade da mulher que relata sentir-se realizada ao constituir uma família (AMAZONAS; BRAGA, 2007).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Caracterização do Estudo**

A técnica qualitativa com embasamento no método compreensivo norteou o presente estudo, pois este inclui como material interpretativo a inquietude das mulheres portadoras do vírus HIV em obter um suporte e êxito no desejo de desempenhar o papel materno.

Segundo Mucchielli (1991, p. 3):

Os métodos qualitativos são métodos das ciências humanas que pesquisam, explicitam, analisam, fenômenos (visíveis ou ocultos). Esses fenômenos, por essência, não são passíveis de serem medidos (uma crença, uma representação, um estilo pessoal de relação com o outro, uma estratégia face um problema, um procedimento de decisão...), eles possuem as características específicas dos fatos humanos.

O autor ainda acrescenta que o estudo desses fatos humanos se realiza com as técnicas de pesquisa e análise que, escapando a toda codificação e programação sistemáticas, repousam essencialmente sobre a presença humana e a capacidade de empatia, de uma parte, e sobre a inteligência indutiva e generalizante, de outra parte.

A partir desta definição caracteriza-se o método qualitativo em pesquisa e aponta o modelo fenomenológico dentro desta modalidade, que explicam a pesquisa, e uso de instrumento semiestruturado.

Amatuzzi (1996) relata que a pesquisa fenomenológica se caracteriza como uma forma de pesquisa qualitativa que "designa o estudo do vivido, ou da experiência imediata pré-reflexiva, visando descrever seu significado; ou qualquer estudo que tome o vivido como pista ou método. É a pesquisa que lida, portanto, com o significado da vivência" (p.5).

Já Holanda (2002; 2003b) entende que a pesquisa fenomenológica deve buscar acessar a essência do fenômeno estudado e pode ser alcançada a partir dos três elementos fundamentais da fenomenologia: a *redução fenomenológica*, que possibilita acessar a verdade do sujeito, a *intersubjetividade* que é a relação estabelecida entre o *sujeito-pesquisador* e o *sujeito-pesquisado* (duas histórias próprias que se encontram para compreender um fenômeno) e o *retorno ao vivido*, no qual o sujeito pesquisado retoma sua história.

O presente trabalho é caracterizado, ainda, como um estudo de caso, que permite a análise em profundidade e detalhamento de todos os aspectos do tema preposto. O estudo de caso, para (Gil, 1991), é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento.

O levantamento é caracterizado pela interrogação e questionamento direto ao público-alvo a ser pesquisado. O objetivo desse tipo de pesquisa é o de entender e conhecer melhor o assunto a ser abordado no trabalho.

Yin (2005), ao tratar do estudo de caso, elucida:

O estudo de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores.

De acordo com Santos (2005, p. 174):

É o estudo que analisa com profundidade um ou poucos fatos, com vistas à obtenção de um grande conhecimento com riqueza de detalhes do objeto estudado. É usada nos estudos exploratórios e no início das pesquisas mais complexas. Tem aplicação em qualquer

área de conhecimento.

Godoy (*apud* BERTUCCI, 2009, p. 52), por sua vez, compreende o estudo de caso como “[...] um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade de que se analisa profundamente (e) visa ao exame detalhado de um ambiente, de um simples sujeito ou de uma situação em particular”. Com isso, percebe-se que esta é uma técnica de pesquisa que envolve o estudo mais profundo acerca do assunto abordado.

Esta pesquisa classifica-se também como descritiva, tem como objetivo prioritário propor possíveis reflexões, ampliar o nível de conhecimento sobre a situação das mulheres portadoras do vírus HIV e a suas subjetividades relacionadas à maternidade.

Segundo Gil (1987), a pesquisa descritiva tem por objetivo básico descrever as características de determinada população ou fenômeno e estabelecer possíveis relações entre variáveis. Buscou-se, na presente pesquisa, a inserção neste contexto, uma vez que também faz parte integrante do grupo pessoas que apresentam como foco o levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população sobre determinada situação.

Não se podem descartar as características desta pesquisa como exploratória, método que visa obter maior conhecimento sobre o assunto através do levantamento bibliográfico. Segundo Boyd (1971), o método exploratório é aquele que tem por objetivo a descoberta de novas práticas e diretrizes.

Por outro lado, Mattar (1993) define a pesquisa exploratória como aquela que permite ao seu pesquisador uma gama maior de conhecimento a respeito do tema ou problema objeto da pesquisa. A pesquisa descritiva é caracterizada por ele como aquela que possibilita ao pesquisador conhecimento sobre as características de grupos, estimar proporções de determinadas características, além de constatar a presença de relações entre diversas variáveis.

## **4.2 Campo de Estudo**

O campo de estudo utilizado para realização da coleta de dados foi o Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa – CEDAP, trata-se de um Centro de Referência em AIDS (antigo CREAIDS), localizado na cidade de Salvador, Ba.

O CEDAP foi instituído em 2006 após unificação dos serviços oferecidos pelo Centro de Referência Estadual em AIDS - CREAIDS (criado no ano de 2001), Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA e o Centros de Orientação e Apoio Sorológico – COAS (criados na década de 90), unidades públicas de atendimento criados pelo Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias municipais e estaduais de saúde e com a finalidade de oferecer testagens para o HIV e promover ações de prevenção e orientação acessível aos seus usuários.

Atualmente a porta de entrada para o paciente que busca os Serviços de Referência como o CEDAP é a unidade básica de Saúde, incluindo as unidades da Estratégia saúde da família - ESF além de outras unidades que oferecem o serviço de diagnóstico para o HIV e tem como referência o CEDAP para encaminhamento desses pacientes. Ao procurarem o serviço tais pacientes são avaliados e acompanhados por uma equipe multidisciplinar que oferecem uma atenção especializada aos referenciados.

Além de oferecer um atendimento especializado ao portador de HIV, incentiva e permite a realização de pesquisas e estudos voltados com o objetivo principal de combater a endemia e oferecer uma assistência humanizada ao portador de HIV/AIDS, principalmente gestantes que necessitam do acompanhamento de pré-natal por esses motivos essa unidade de atendimento foi escolhida para realização da pesquisa.

### **4.3 Caracterização da População**

Os participantes da pesquisa foram oito gestantes vivenciando a maternidade em diferentes períodos gestacionais, soropositivas para o HIV e clientes do Programa de Pré-natal oferecido pelo CEDAP. As gestantes foram convidadas num primeiro momento a conhecerem a pesquisadora e em seguida participarem de uma

entrevista no intervalo das consultas de pré-natal de acordo a acessibilidade a essas pacientes.

A entrevista é caracterizada pela interatividade pesquisador-pesquisado, sendo necessária que a entrevistadora esteja atenta a aspectos da sua condução, oferecendo às entrevistadas a oportunidade de se expressarem o mais livremente possível sobre o que está acessível à sua mente, assumindo assim um papel, de fato, ativo.

Esta dimensão relacional que se estabelece entre pesquisador e pesquisada pode permitir um grande aprofundamento dos dados, nas entrevistas individuais (FONTANA; FREY, 2000). Alguns autores como Rech (2000) e Gaskell (2002) enfatizam que nesta relação se estabelece em uma entrevista (duas pessoas relacionando-se em função de um objeto, ou assunto, em dado local e em um intervalo de tempo), a mediação é feita por palavras, a “moeda de troca” da técnica de entrevistas.

Refletindo-se mais sobre o uso das palavras em fonte de pesquisa, reconhece-se que o comportamento verbal, é altamente vulnerável, a inabilidade para fazer-se compreender ou para transformar-se em palavras que estejam à altura do que sente ou pensa, são fatores intervenientes. A fala está submetida a sanções e controles internos não conscientes, e desse modo, susceptíveis ao mal entendido. O relato poderá sofrer alterações devido à natureza do evento ou resultado do vínculo estabelecido entre entrevistador e entrevistado (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002).

Vale ressaltar que o pesquisador é também um interlocutor, pois sua rede de significações está sendo continuamente impregnada e transformada, pelo próprio andamento da pesquisa. Alguns dos significados resultantes desta interação podem ser coletivos, como aqueles produzidos no longo tempo histórico, e outros são derivados tanto das experiências quanto das expectativas individuais, obtidas no aqui e agora da pesquisa (ROSSETTI-FERREIRA; AMORIM; SILVA, 2004).

Dessa maneira, o pesquisador caracteriza-se muito mais como um “apanhador da experiência” do que um “analisador à cata de explicações” (SCHMIDT, 1990, citado por DUTRA, 2002), e está mergulhado no campo da pesquisa que realiza.

Portanto, baseando-se no referencial teórico adotado e nos objetivos deste estudo, delineou-se um estudo de casos, descritivo, exploratório, com entrevista semiestruturada.

As entrevistas realizadas foram individuais, o que permitiram uma descrição das experiências e percepções das participantes através de seus relatos, favorecendo que sua expressão pudesse ser espontânea e livre de pressões; pessoal e auto-reveladora (GASKELL, 2002; FOSSEY; HARVEY; MCDERMOTT; DAVIDSON, 2002).

Para identificação e preservação da identidade das participantes foram utilizados nomes de flores como fictícios, representando a feminilidade a que esses nomes assim como as gestantes nos remetem.

#### **4.4 Caracterização das participantes com informações pertinentes para o estudo**

Violeta – 25 anos, união estável, 6ª série fundamental, católica, do lar, dois filhos, descobriu o HIV há quatro anos, refere ter sido contaminada pelo companheiro que tem comportamentos sexuais promíscuos e mantinha relações fora do casamento com outra mulher, essa mulher ao ser submetida por uma doação de sangue foi diagnosticada como HIV soropositiva, logo em seguida o companheiro também foi submetido a exames que confirmaram o diagnóstico HIV soro positivo. Relata que a gravidez não foi programada.

Rosa – 20 anos, casada, 2º ano ensino médio, evangélica, do lar, não tem filhos, foi diagnosticada há dois meses como HIV soropositiva, tendo a relação sexual como forma de contaminação pelo marido, revela que ficou muito deprimida com a descoberta e que teve ciência do seu diagnóstico ao procurar o serviço de referência acompanhada da sogra para realização dos testes após diagnóstico confirmado do

esposo. Quando o teste foi realizado informa que já estava grávida e mesmo sem saber do diagnóstico a gravidez não foi planejada já que só tinha quatro meses de casada.

Margarida – 33 anos, separada, 6ª série fundamental, frequenta a igreja evangélica, diarista, dois filhos, recebeu o diagnóstico de HIV há nove anos após solicitação da médica da unidade de saúde da família que depois de repetir o exame encaminhou a paciente para o serviço de Referência – CEDAP, seu companheiro anterior também recebeu o diagnóstico positivo para HIV, partindo daí a suspeita de transmissão por via sexual proveniente do primeiro companheiro, pai dos seus dois filhos. Atualmente convive com outro companheiro soro discordante e pai do bebê atual.

Orquídea – 36 anos, união estável, 4ª série fundamental, não é adepta a nenhuma religião, doméstica, um filho, descobriu durante acompanhamento de pré-natal da sua primeira gestação, há quatro, o diagnóstico de HIV e diz não saber ainda dizer como foi contaminada. Seu parceiro não é portador do vírus e atualmente não convive com ela, relata que sua gravidez não foi planejada.

Begônia – 25 anos, união estável, evangélica, 5ª série fundamental, vendedora ambulante, um filho adotivo, refere ter recebido o diagnóstico positivo para o HIV há três anos e acredita ter sido contaminada por meio de relação sexual por um antigo namorado, atualmente convive com um companheiro soro discordante além de outros familiares como irmãos e mãe e um filho adotivo, adotado após a perda de um filho recém nascido que acredita ter sido vítima da sífilis que na época fazia tratamento no Centro de Referência e por meio dele descobriu também o HIV. Informa que no início do tratamento apresentou resistência à adesão e uso dos medicamentos e só se atentou e aderiu ao tratamento após a iminência de uma outra gravidez tão esperada e planejada .

Crisântemo – 34 anos, união estável, Ensino médio completo, católica, cuidadora de idoso, não tem filhos. Informa que há 15 dias recebeu o diagnóstico para o HIV após internação do companheiro diagnosticado como soropositivo, o exame também foi solicitado durante o acompanhamento de pré-natal, no entanto antes de ter acesso

ao resultado seu companheiro foi internado, refere muita tristeza no momento de recebimento do diagnóstico e parece ainda não acreditar no resultado e se sentir decepcionada por não poder amamentar.

Lírio – 35 anos, separada, Ensino médio completo, evangélica, operadora de telemarketing, não tem filhos. Lírio descobriu ser portadora do HIV há dois meses após uma internação onde já se encontrava gestante e demonstra indignação por desconhecer sua forma de contaminação e ainda ter sido abandonada pelo companheiro que não sendo portador do vírus demonstrou desconfiança quanto à fidelidade da esposa e decidiu se separar relatando não conseguir conviver com uma portadora do HIV. Informou que ainda não se habituou à ideia do diagnóstico e que considera tudo muito novo, se estranhando com alguns aspectos que terá que conviver a partir da descoberta da doença.

Léa – 38 anos, união estável, 5ª série fundamental, evangélica, vendedora, não tem filhos. Há nove anos descobriu a soro positividade para o HIV, desconhece a forma de contaminação, suspeita de ter adquirido o vírus através de relação sexual com um namorado usuário de drogas. A patologia foi detectada através de exames realizados durante acompanhamento pré-natal num período descrito por Léa de muito desespero, já no sétimo mês de gestação sofreu um aborto espontâneo. Atualmente convive com companheiro soro discordante e já vem planejando e tentando engravidar há oito anos.

#### **4.5 Técnicas de Coleta de Dados**

Investigar em serviços de saúde é relevante para produzir conhecimentos a respeito do funcionamento do serviço, melhorar o desempenho da instituição e colaborar para o direcionamento de políticas públicas em saúde. Diante disto, esta pesquisa traz subsídios para a geração de conhecimento dentro do SUS.

Desse modo, contribuirão para ampliar a história da prevenção e controle do HIV/AIDS entre gestantes no país, além de auxiliar no planejamento de intervenções para futuras ações com vistas à melhoria da qualidade na assistência às gestantes com HIV/AIDS.

Foram analisadas percepções da gestante em relação ao planejamento da gravidez, sua própria aceitação e reação do pai do bebê e familiares e suas fantasias e significados sobre o bebê e a maternidade. Para fins do presente estudo foram consideradas apenas as questões relacionadas à maternidade.

A coleta de dados se constituiu de duas etapas distintas, sendo a primeira valorizada através de conversa informal e observação do serviço de planejamento familiar oferecido no cotidiano e não estruturada, lembrando que a entrevista fica em um nível mais informal com essas mulheres. A segunda etapa foi realizada por meio de instrumento semi estruturado, além disso, durante o período foi realizado um trabalho de observação do funcionamento do serviço de planejamento familiar e de acompanhamento pré-natal.

Na entrevista semi-estruturada, o investigador objetiva em uma lista de questões ou tópicos a serem preenchidos ou respondidos, como se fosse um guia, com relativa flexibilidade. As questões não seguem uma ordem no guia e poderão ser reformuladas novas questões no decorrer da entrevista (MATTOS, 2005).

Em geral, a entrevista segue ao que foi planejado, suas principais vantagens das entrevistas semi-estruturadas são: as possibilidades de acesso a informação além do que se listou; esclarecer aspectos da entrevista; orientações e hipóteses para o aprofundamento da investigação, com definição de novas estratégias e outros instrumentos. (TOMAR, 2007).

As respostas das mesmas foram complementadas pela observação direta da pesquisadora sobre os aspectos que envolvem a maternidade e o HIV nas consultas de pré-natal, o que vai ao encontro da ideia de Quirino e Xavier (1987). Estes estudiosos denominaram de abordagem objetiva aquela que visa não apenas a complementação das informações obtidas, mas retificá-las, justificando ou atenuando, assim, possíveis erros de interpretação.

O instrumento semi estruturado foi utilizado para facilitar a coleta de informações e análise dos dados, uma vez que o universo pesquisado, em sua grande maioria,

possui um grau de escolaridade médio, o que justifica a utilização de respostas fechadas e abertas. Cabe ressaltar que foi proporcionada às entrevistadas a possibilidade de contribuição espontânea, porém houve resistência pelo fato de se correr o risco de identificação.

Esse instrumento foi constituído a partir de uma pesquisa ampla sobre o tema, cujos critérios para a verificação do significado da maternidade e o desejo dessas mulheres em exercer a maternidade são latentes.

A entrevista com o auxílio do instrumento pela pesquisadora permitiu a troca de opiniões e informações que vieram complementar as informações repassadas no primeiro contato, o que muito enriqueceu a análise e interpretação dos dados, uma vez que todas as verbalizações espontâneas das gestantes foram registradas e gravadas. Para qualquer critério ou dimensão, a pesquisa procurou determinar os aspectos que permeiam o desejo de tornar-se mãe e verificar os significados atribuídos por essas gestantes a maternidade bem como necessidades e anseios dessas entrevistadas em particular.

Vale ressaltar a importância da pesquisa como um momento de compreensão do tema e não de explicação ou condenação. Stake (In DENZIN e LINCOLN, 2001) apresenta a diferença entre explicação e compreensão de um fenômeno. No Estudo de Caso a ênfase está na compreensão, embasada no conhecimento tácito, que tem uma forte ligação com intencionalidade, o que não ocorre quando o objetivo é meramente explicação, baseada no conhecimento proposicional.

Dessa maneira, quando a explicação, ou a busca de um conhecimento proposicional, o estudo de caso pode ser uma desvantagem, mas quando o intuito é a compreensão, ampliação da experiência, definitivamente a desvantagem desaparece.

Apesar da pesquisa avaliar sentimentos de um número reduzido de mulheres gestantes com HIV, além do tempo exíguo, considerou-se suficiente para refletir sobre este tipo de atendimento. Sugerem-se, assim, novos estudos nesta temática com maior número de sujeitos.

#### 4.6 Análise de Dados

Após a coleta de dados, as informações foram analisadas segundo o roteiro proposto por (Pires, 2008) baseado em três etapas principais:

Etapa I – Ordenação dos dados que consiste na transcrição integral das falas das participantes para uma leitura exaustiva antes de arrumar os dados.

Etapa II – Classificação dos dados, essa etapa consiste em relacionar os dados coletados com o objeto e a fundamentação teórica previamente realizada por meio de leitura minuciosa e estabelecimento de núcleos centrais que emergiram sobre o tema seguido de uma leitura transversal que alocará os temas em gavetas que formarão um quadro abrindo lacunas de síntese vertical e horizontal das ideias.

Etapa III - construída a partir das falas das entrevistadas, autores e a experiência da entrevistadora resultando em informações importantes analisadas criteriosamente com base em Bardin.

#### Quadro 1 – Modelo de Quadro Síntese utilizado nos confrontos das entrevistas de gestantes portadoras de HIV (PIRES, 2012).

Entrevistados/Núcleos de sentido.	Ent. 1	Ent. 2	Ent. 3	Síntese Horizontal
<b>Síntese Vertical</b>				

A síntese horizontal corresponde à súmula construída a partir dos núcleos de sentido por entrevistado, identificando por meio desta os aspectos semelhantes e divergentes quando comparados com outras entrevistas. Já a síntese vertical corresponde à síntese resultante de cada entrevistado sobre a temática analisada.

Após aplicação do quadro na análise inicial dos dados de Pires esses foram submetidos à análise criteriosa descrita por Bardin (2006). Dessa forma todo o percurso de análise deste trabalho tem como referência a obra de Laurence Bardin

(2006). Saliendo que neste ensaio teórico toma-se como base a conceituação de Bardin (2006), assim como, as etapas da técnica explicitadas por este autor.

#### **4.7 Considerações Éticas**

A questão ética é fator relevante que envolve o trabalho com seres humanos principalmente os portadores de HIV. Esse cuidado como prática fundamental na área da saúde consiste em uma palavra com significados diversos relacionado com a palavra cuidado com cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação com o paciente.

É fundamental para os trabalhadores da área da saúde, atentar para o cuidado em sua dimensão mais ampla, que deve ser resgatado, sendo este considerado como ética mínima e universal, com plena consciência coletiva, em momentos críticos.

O cuidado com o outro, faz com que o indivíduo seja respeitado, sendo visto na sua individualidade, sendo imprescindível o conhecimento e envolvimento ético e moral, princípios que propiciam uma nova razão, emocional, instrumental e até mesmo espiritual para os pacientes. A ética está atrelada na predominância de sentimentos e atitudes direcionadas para o amor verdadeiro ao próximo.

O projeto foi aprovado pela Banca de Qualificação em Abril de 2012, encaminhado a Plataforma Brasil para análise do Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação do presente estudo. O projeto foi submetido ainda a Comissão de Estudos e Pesquisa do CEDAP que após análise permitiu a realização da pesquisa na Instituição.

Com o objetivo de garantir e preservar os direitos dos entrevistados submetidos ao estudo foi aplicado, ainda, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido TCLE (apêndice A), de acordo com o Código de Ética em Pesquisa para seres humanos que preza sobre o sigilo e respeito aos dados coletados e aos nomes dos entrevistados garantindo ainda a concordância ou desistência a qualquer momento de participação na pesquisa, critérios esses rigorosamente cumpridos durante a coleta e análise dos dados aqui expostos.

Dessa forma, todos os aspectos éticos foram preservados procurando minimizar os riscos a que essas pacientes estariam expostas e garantindo os resultados esperados para que através de estudos como estes fossem deixadas contribuições para o Serviço de Referência, que poderá desenvolver atividades a partir de pesquisa realizada em seu próprio campo, e para outros serviços e profissionais de saúde que terão uma ferramenta na identificação dos significados e desejos das gestantes portadoras do HIV.

## **5 A TÃO ESPERADA MATERNIDADE: DE ONDE VEM O DESEJO MATERNAL?**

Este capítulo foi construído a partir das entrevistas com as gestantes e com base na fenomenologia sendo possível compreender alguns aspectos descritos ou demonstrados, ajudando-as a refletir e interpretar seus sentimentos, desejos e significados para a maternidade.

Dessa abordagem após análise de conteúdo surgiram três núcleos de sentidos que foram minuciosamente analisados a partir da compreensão do que foi relatado e percebido: O Desejo latente da maternidade prevalece independente do “Status sorológico”, O significado da maternidade para as mulheres portadoras do HIV e Sentimentos originados a partir da maternidade.

Com o objetivo de apresentar a compreensão captada através dos dados segue abaixo a apreciação dos subtemas encontrados.

### **5.1 O Desejo latente da maternidade prevalece independente do “Status sorológico”**

Esse núcleo de sentido surgiu nos discursos das gestantes ao serem questionados sobre o desejo de maternidade após o diagnóstico de HIV.

A maternidade pressupõe não somente a capacidade de gerar uma criança, mas o desejo de desenvolver aspectos afetivos: a paciência, dedicação ao outro, constatação das diferenças, tolerância e o aprendizado do amor diário. Para ser mãe a mulher precisa desenvolver a maternagem, que abarca os cuidados materiais e

biológicos, que envolve algo mais amplo se comparada somente ao desejo da mãe de gerar um filho e dar-lhe sentido de viver e a sensação da sua própria continuidade.

Assim, a maternidade continua sendo, por excelência, a experiência que definiria a mulher (CARVALHO; PICCININI, 2008). Esse dado foi identificado claramente nos discursos: *“Eu sempre tive vontade! Fiquei sabendo que eu podia ter... mesmo sabendo do vírus HIV eu queria ter. Eu queria ter meu próprio filho... teria o meu sangue?!” (Begônia)*

Além do desejo relatado de perpetuação da espécie encontramos mulheres que já são mães e, mesmo assim, relatam o desejo de continuar realizando planos traçados antes do diagnóstico. A mulher antes de ser portadora tem suas histórias pessoais, laços afetivos e redes sociais além dos sonhos que irão prevalecer independente do vírus que agora carrega (CARVALHO; PICCININI, 2008), como podemos observar nesse discurso:

*“Na realidade eu sempre quis (engravidar), tentar uma menina.. rs ... aí eu pensava em engravidar pra ver se acabava o preconceito...”(Violeta)*

Ainda nesse trecho identificamos um outro desejo de vencer o preconceito por meio de atitudes que vão de encontro ao pensamento de acusação muitas vezes encontrado na sociedade de que a mulher portadora do vírus deve evitar a gestação já que não é digna dessa graça ou dádiva divina por ter agido de maneira ‘irresponsável’.

No discurso abaixo verifica-se justamente o contrário, que a mulher portadora do vírus se sente abençoada ao lhe ser confiada por Deus uma graça como a maternidade mesmo sendo portadora do vírus e encara a possibilidade de ter um filho como uma benção (NEVES, 1999).

*“Sempre quis, apesar de tudo, sempre quis... hoje ele é minha benção”. (Orquídea)*

Nesse discurso identificamos o sentido associado à maternidade de 'dádiva divina', a maternidade é descrita pela gestante como um papel da mulher a ser cumprido e confiado por Deus descrevendo-a como benção. A benção seria uma recompensa enviada por Deus.

Homens e mulheres são influenciados pela sociedade e cultura de formas diferentes: a sociedade espera que a mulher exerça o papel de mãe, expectativa que perpassa a infância e a adolescência segundo estratégias de sociabilidade transmitidas de geração em geração, a exemplo das brincadeiras de boneca e de cuidar da "casinha e dos bebês". Desse modo, certos padrões ditos femininos tendem a se consolidar sendo culturalmente reconhecidos como próprios da mulher. Dentre esses padrões está o cuidado à saúde da família, uma vez que as mulheres são reconhecidas como cuidadoras 'natas'. Por sua dedicação à família e aos filhos muitas vezes não se sentem sob risco (CARVALHO e COLS., 2008; DI NARDI, 2008; SANTOS 2002).

*"Quería ser mãe... a doença não é um empecilho para a gestação porque já aprendi a conviver com ela..." (Margarida),* nessa afirmação observamos a familiarização da mulher com o diagnóstico de uma doença crônica até o momento sem cura e que não impediu a realização de sua vontade de ter um filho.

O que corrobora com diversos autores como Piccinini (2008) que relata que atualmente o portador de HIV pode ter melhores expectativas de vida, diferente do início da epidemia quando essa expectativa ainda era muito limitada. Mesmo com a doença crônica e os diversos conflitos que o acompanham os avanços no tratamento do HIV continuam em crescimento, aumentando a expectativa de vida dessas pessoas e contribuindo para realização dos sonhos de quem convive com uma doença sem cura.

A doença crônica pode representar uma ameaça aos projetos de vida de uma pessoa, (QUEVEDO, 2010), principalmente as patologias de grande magnitude e risco eminente de morte como o HIV. No entanto, nota-se um crescimento considerável do número de mulheres que mesmo tendo conhecimento do diagnóstico para HIV Positivo aparecem grávidas. Isto pode associar se a

necessidade íntima de cumprir o papel feminino de procriar (QUEVEDO, 2010) ou, ainda, como superação da doença e/ou de obstáculos.

Por outro lado, ainda existem mulheres que desistem de ter filhos por medo da opinião e desaprovação dos profissionais ou ainda da transmissão vertical “*Não engravidaria, acho que correria risco...*” (Lírio). Então, entre as dificuldades apontadas por mulheres soropositivas na opção de ter ou não filhos estão o medo da transmissão vertical e a falta de apoio médico na decisão. Pesquisa realizada em um serviço de referência DST/AIDS identificam que, quase todos os clínicos do serviço nunca conversaram ou orientaram suas pacientes sobre questões relacionadas à saúde reprodutiva (SANTOS, 2002).

Em estudos sobre a vida reprodutiva de pessoas vivendo com AIDS, Carvalho e Piccinini (2009) trazem que a gestante se depara com a opinião dos profissionais de saúde, suas crenças e valores acompanhados da competência técnica tratando esses pacientes como ‘quem não sabe o que faz’, transmitindo uma imagem do portador de HIV que não combina como mãe ou um cidadão responsável por uma família.

Diante disso, a mãe que vivencia tal experiência, precisa ordenar seus sentimentos em relação à gravidez, buscando posicionar-se firmemente nesse papel e procurando esboçar um lugar para o filho ocupar na relação com ela e com a família (GONÇALVES; PICCININI, 2007). Isso se intensifica para as mães portadoras do HIV/AIDS, pois para a maioria dessas mulheres o desejo de vivenciar a maternidade está acima do seu *status* sorológico.

Isso se embasa, pois para a mulher o desejo de ter filhos não se resume somente a uma vontade individual ou até mesmo a uma opção pessoal, mas possui reforço em modelos por normas sociais mais amplas. Para Silva (2009) esse desejo se legitima às expectativas dos seus parceiros, companheiros.

Nesse discurso encontramos a necessidade de um apoio do parceiro e a concretização de um sonho que não é particular.

*“a não ser que a pessoa que eu estivesse, meu parceiro sentisse firmeza que estaria comigo até o fim... para que a minha vontade e o sonho dele fosse realizado” (Lírio).*

Neste âmbito soma-se á esperança a expectativa da felicidade em poder exercer o seu papel de esposa e retribuir ao parceiro com um filho na convivência conjugal. Desejar filhos é um anseio legítimo dessas mulheres, sendo muitas vezes reforçados por questões religiosas, para dar sentido à vida, outras por questões de gênero, para a construção e fortalecimento da identidade feminina ou viril.

Em estudos norte-americanos sobre HIV e maternidade Carvalho e Piccinini, 2008 trazem a realização do parceiro como o primeiro motivo para a mulher desejar a maternidade e ainda concluem que a decisão de engravidar pode trazer angústia e preocupação, mas não diminuem o desejo de terem filhos.

Para Knauth (2009, p. 34), "a manutenção da atividade reprodutiva é uma importante estratégia utilizada pelas mulheres, acionada por aquelas que se encontram em fase de consolidação de aliança e que buscam, através da maternidade, fortalecer essa relação".

O autor ainda acrescenta que as relações com a família consanguínea, com a chegada de um descendente, são reforçadas por meio da maternidade, o que proporciona um alento emocional para a mulher, que em uma fase de tantas limitações da doença ao ser soropositiva, torna-se peça chave para realização de um desejo familiar.

*“Eu queria muito... com todo esse problema, formar uma família...” (Léa)*

Além disso, existem outras compensações sociais que encorajam a mulher soropositiva a desejar a maternidade. O filho que ela venha a gerar assume um papel de compensação frente a uma situação de perda real numa situação anterior. Muitas vezes existem impasses sócios-afetivos que, mesmo no contexto de infecção com o HIV/AIDS, não a desanimam ou desmotivam da opção por engravidar.

Fazendo uma correlação da sexualidade e o desejo de exercer a maternidade, os autores Ingram e Hutchinson (2010), afirmam que a infecção pelo HIV/AIDS implicaria a assunção do papel materno, pois essas mulheres sofrem uma forte expectativa social com as questões da maternidade e uma possível perda desse reconhecimento em condições que se desvinculam da norma social e cultural. Essas mulheres soropositivas que optaram em ter um filho são consideradas por uma grande parte da sociedade como irresponsáveis por colocarem uma criança em situação de risco. Nessa direção, existe um descompasso da sociedade em ignorar o fato de que inevitavelmente a vida sexual e reprodutiva dessas mulheres continua após a infecção.

Surge então no discurso das entrevistadas afirmações como: *“aí eu pensava em engravidar pra ver se acabava o preconceito...”* (Violeta), que fundamentam as afirmações de autores aqui colocadas.

A convivência com doentes de AIDS é foco de muitos preconceitos, após a descoberta da infecção pelo vírus do HIV no organismo, a vida do indivíduo é coberta por uma série de preconceitos e discriminações por parte da sociedade em que ele convive. Surgindo, assim, dificuldades e dúvidas acerca da continuidade da vida, e simplesmente passar a viver torna-se uma atividade difícil e limitada (PEDROSO, 2007).

O preconceito surgiu desde o início da epidemia quando era uma doença que só atingia os homossexuais, os bissexuais, as prostitutas, usuários de drogas injetáveis. Hoje é um grande problema de saúde pública aproximando cada vez mais de todos, atingindo até mesmo aqueles que jamais tiveram comportamento de risco como de mãe para filho através da infecção vertical (BRASIL, 2010).

O que se percebe de um modo geral é que mesmo considerando as muitas restrições relacionadas à transmissão do HIV, a maioria das mulheres expressam o desejo e a valorização trazida pela oportunidade sublime de viver e reviver a experiência de gerar um filho, função tão presente e culturalmente enraizada como um traço fortemente constitutivo da identidade feminina, em uma perspectiva de gênero. São fortalecidas as motivações de ter filhos associadas às expectativas de

seus parceiros conjugais como uma demonstração de "retribuição" sócio-afetiva também presentes.

Apesar de carregarem um vírus letal apresentaram o desejo de engravidar e tornar-se mãe por diversos motivos em especial como preenchimento do "vazio" causado pela doença e a motivação de viver em função dos filhos que estão por vir.

## **5.2 O significado da maternidade para as mulheres portadoras do HIV**

O núcleo de sentido aqui abordado surgiu quando as gestantes foram indagadas sobre o significado da maternidade sendo portadora de um vírus como o HIV. Ao ser solicitado a descrição desse significado notou-se uma dificuldade das gestantes em objetivar as representações da maternidade se expressando muitas vezes de forma vaga e descontextualizada.

Em todas as culturas, a mulher é objeto de desejo associado principalmente à aptidão para a maternidade. Sendo assim, a gravidez pode representar fertilidade e afirmação como mulher e, num futuro próximo, como mãe e ainda pode significar a busca da imortalização; ter um filho pode, então, representar a recusa da morte e perpetuação da vida. (PEDROSO, 2007).

*"Eu tô confiante que eu não vou morrer rápido assim não... vou poder cuidar dele..."*  
(Crisântemo).

*"Ser mãe está sendo a melhor coisa da minha vida, minha luz que vai me encaminhar para o resto da minha vida e nunca vai me abandonar, e por esse bebê... eu tô fazendo uma fortaleza dentro de mim... tem uma vida dentro de mim, que depende de mim e que serve de estímulo com certeza"* (Lírio).

As manifestações e expressões da maternidade, dessa forma, correspondem a diversos significados e representações a partir da cultura e sociedade de que faz parte. Deste modo, há diferentes dimensões de análise na construção e representação social da imagem corporal; assim, a posição social que a mulher-mãe

ocupa no espaço social contribuirá para ela edificar uma imagem de si (SOUSA, 2010).

*“É a melhor coisa que a gente tem na vida, com essa doença e tudo mais é a melhor coisa que tenho na vida. Essa maternidade significou tudo...” (Orquídea).*

*“Agora (a maternidade) tem uma importância maior... Hoje me sinto uma pessoa realizada.” (Violeta)*

Em estudos sobre as representações sociais do corpo, foram detectados que os saberes da mídia estão vinculados à construção e expressão dos discursos sociais que envolvem a construção do corpo (MATOS; LOPES, 2008).

Essas concepções afirmam o conflito vivenciado pela mulher atualmente que, na busca pela carreira profissional e do corpo perfeito projetado pela mídia, tende a rejeitar ou postergar a maternidade.

*“Tinha vontade de ser mãe mas agora não... Por causa do HIV e da idade...” (Rosa)*

*“Fiquei triste... porque não tava querendo agora, ia atrapalhar meus estudos, eu ia fazer faculdade aí não vou poder fazer mais...” (Rosa)*

Contudo, a maternidade ainda é vista na cultura moderna como o belo do corpo que, no entanto, trazem mudanças provisórias e permanentes e que, após seu período de beleza, fogem do estereótipo esperado e divulgado pela mídia de que mulher bonita é sinônimo de mulher magra.

Mesmo assim, para o universo feminino a maternidade impunha-se por sua própria natureza e pelo incondicional desejo de ser mãe. Difunde-se então a ideia de plenitude e realização de sua feminilidade, a cultura ainda impõe que a mulher cumpra sua vocação materna.

Diante do exposto, a maternidade para o universo feminino caracteriza-se como um modelo social que norteia uma experiência grandiosa, o qual significa que é da natureza da mulher ser mãe (CARVALHO; PICCININI, 2008).

*“Depois que engravidei achei melhor ainda, achei que melhorei...” (Violeta).*

*“Fiquei preocupada, mas senti alegria, muita alegria.” (Orquídea)*

*“Fiquei feliz ao saber... Agora tô ansiosa...” (Begônia)*

*“Ser mãe está sendo a melhor coisa da minha vida, minha luz que vai me encaminhar para o resto da minha vida e nunca vai me abandonar, e por esse bebê... eu tô fazendo uma fortaleza dentro de mim... tem uma vida dentro de mim, que depende de mim e que serve de estímulo com certeza.” (Lírio)*

*“Significa muita coisa... Ter uma criança pra brincar, pra eu me dedicar, pra alegrar” (Léa).*

Sendo assim, a maternidade em mulheres portadoras do HIV/AIDS pode proporcionar frente à patologia um reposicionamento diante da doença, no intuito de procederem a um tratamento profilático em favor dos filhos. Sem falar da influência do cuidado os rebentos, trazendo um encorajamento e motivação estimulando para o auto-cuidado.

### **5.3 Sentimentos originados a partir da maternidade**

Quando questionadas sobre os sentimentos que surgiram a partir da maternidade sendo portadoras do vírus HIV surge o núcleo de sentidos aqui apresentado.

Numa análise filosófica à maternidade, verificamos que esta sempre foi considerada em nossa sociedade uma virtude e graça das mulheres, pois é notório que influenciada por tradições culturais com bases na Antropologia e Sociologia, a gravidez se tornou um momento extraordinário na vida feminina e resultar num processo biológico com repercussões sociais, econômicas, psicológicas e sexuais

(QUEVEDO, 2008), acompanhado de diversos sentimentos, entre eles medo e insegurança.

*“Tenho um pouco de medo, ... de nascer assim doente...”(Begônia)*

*“Fiquei triste, com medo... fiquei com medo dele se contaminar mas acho que ele vai me dar mais alegria” (Crisântemo).*

*“Fiquei muito alegre, emocionada, ansiosa, nervosa, eu nem acreditava que tava...” (Léa).*

Alterações no corpo feminino durante a maternidade envolvem aspectos físicos e psicológicos. Ao abordar as mudanças ocorridas no corpo feminino a partir da gravidez, não podemos deixar de levar em consideração as mudanças que vão além do sentido biológico. Sousa (2010) traz que os sintomas físicos da gravidez (ex: náuseas, vômitos, azia, hemorróidas) devem ser relacionados com as atitudes corporais: baixa auto-estima, depressão e qualidade do sono.

Diante disso, a mãe que vivencia tal experiência, precisa ordenar seus sentimentos em relação à gravidez, buscando posicionar-se firmemente nesse papel e procurando esboçar um lugar para o filho ocupar na relação com ela e com a família (GONÇALVES; PICCININI, 2007). Isso se intensifica para as mães portadoras do HIV/AIDS, pois para a maioria dessas mulheres o desejo de vivenciar a maternidade está acima do seu *status* sorológico.

Apesar das inúmeras alterações, percebe-se que a mulher moderna, na maioria das vezes, deseja engravidar e ter filhos e relata uma satisfação em ser mãe justificada por um instinto maternal, associada a uma dádiva divina ou a um papel a ser cumprido e confiado por Deus, acompanhado, ainda, de sentimentos de felicidade por perpetuar a espécie.

Essas percepções não são diferentes quando discutidas no âmbito da mulher portadora do vírus HIV. Contudo, para essas mulheres percebe-se que a maternidade, embora extremamente valorizada, traz consigo enorme sobrecarga

biopsicossocial agregada a variados sentimentos de medo, angústia e de grande tensão. O mais notório é que mesmo com tantos sentimentos agindo de maneira latente, não se maculam o desejo de exercer a maternidade e os sentimentos positivos identificados aqui como o verdadeiro significado da maternidade para essas mulheres.

Muitos são os conflitos para as gestantes, pois as preocupações geram em torno com o cuidado e com a guarda dos filhos após a sua morte também representariam uma inquietação adicional para as mães portadoras do HIV/AIDS (ANTLE et al., 2001).

*“Fiquei preocupada mas senti alegria, muita alegria.” (Orquídea)*

*“Eu queria ter meu próprio filho... teria o meu sangue né?!” (Begônia)*

Essas mulheres encontram um forte novo sentido em suas vidas visualizando a maternidade como uma forma de suprirem suas próprias carências e necessidades e enxergando nos filhos uma extensão de si mesmas.

Para Garcia Roza (2009) através da maternidade, a mulher estabelece a relação com a criança gerada exatamente pelo seu tipo narcísico de opção, com um amor objetual completo, pleno. O filho por ela gerado, extensão maior do seu corpo, embora depois de nascida, consiste em um “objeto” externo, caracteriza-se como uma relação plena, nunca antes vivenciada.

Desse modo, é latente a observação de que um filho desperta na mãe essa intensa ambivalência entre ter em seus braços o seu objeto e ter em seus braços esta “coisa” que sempre será referencia de sua existência faltante, é quando acontece o desejo inconsciente de subtração.

Alguns autores como MARTINS (2010) defendem a teoria de que a mulher pode ser feliz sem se tornar mãe e que esta concepção de amor materno é resultado de uma construção social e cultural que não está relacionado com instinto, mas só afirma o legado histórico de poder e repressão da mulher. Sendo assim, o desejo de gerar

filhos pode ser resultado das pressões sociais sobre o papel da mulher em ser mãe e a identificação absoluta entre ser mulher e ser mãe.

Badinter (2009) comenta que no século XX a maternidade passa a ser vista como um sacerdócio, exigindo da mesma muita paciência e dedicação, exigindo da mulher sacrifício e reclusão. A dignificação da maternidade sinalizou as mulheres encontrarem uma função, desfrutando de um prestígio até então desconhecido. Esse "instinto maternal" norteia a mãe a um amor sem limites, à medida que essa função materna abrange compromissos e responsabilidades, cultuando a ideia que "natureza" feminina, seria a mais segura de sua felicidade.

Contudo, para as mulheres portadoras do HIV percebe-se que a maternidade, embora extremamente valorizada, traz consigo enormes sobrecargas biopsicossociais agregadas a variados sentimentos de angústia e de grande tensão.

O mais notório é que mesmo com tantos sentimentos agindo de maneira latente, nem essas dificuldades maculam o desejo de exercer a maternidade. Seu instinto materno e de perpetuação encontram-se imperativos, exigindo todas as suas energias e dedicação, pois a mulher ao se deparar com a experiência da maternidade vivencia intensas mudanças, iniciando-se na gravidez e estendendo-se aos primeiros anos de vida da criança. Esse processo subjetivo da maternidade exige que a mulher se defronte com a geração e desenvolvimento de um novo ser dentro de si e com a realidade imposta pelo nascimento do filho.

Através das discussões e dos dados aqui apresentados percebe-se que o desejo maternal é proveniente da dignificação da mulher alcançada por meio da maternidade e imposta ao longo do tempo por gerações, que sempre valorizaram a oportunidade de perpetuar a espécie e de minimizar a ideia da mortalidade humana, considerando ainda a mulher que pode gerar um filho como 'privilegiada e abençoada por Deus'.

Além disso, é importante considerar ainda nos resultados que a pesquisa teve como sujeitos entrevistados gestantes que em sua maioria descobriram o diagnóstico para o HIV durante o acompanhamento de pré-natal tornando limitada a avaliação do

serviço perante as escolhas democráticas em relação a gestação. No entanto durante seus relatos elas deixam claro que os profissionais do serviço nunca mencionaram a proibição apesar de oferecerem métodos contraceptivos com frequência, mas também não apresentaram orientações quanto às possibilidades de gravidez, o que as deixavam inseguras e receosas quanto as inferências frente aos desejos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia com base na análise de conteúdo de Bardin e no quadro para análise das entrevistas, me ajudou no alcance dos objetivos que foi a compreender o desejo de maternidade, verificar e discutir como a mulher portadora do HIV lida com a maternidade e por fim a observação do serviço de planejamento familiar oferecido, o que ajudou a detectar as possibilidades de escolhas conscientes e democráticas no que diz respeito a saúde sexual e reprodutiva.

Com base no que foi exposto percebe-se que apesar de tantas mudanças do papel feminino detectadas na sociedade contemporânea, para essas mulheres soropositivas o desejo de ter filhos parece latente, ficando em segundo plano qualquer outro desejo antes pré-estabelecidos, reafirmando, dessa forma, a complexidade a respeito dos sentimentos acerca do tornar-se mãe. Apesar de o desejo de ter um filho estar igualmente presente em homens e mulheres, percebe-se uma expectativa individual relevante para essas mulheres, além da oportunidade de satisfazerem seus cônjuges e atenderem as questões sociais claramente depositadas principalmente na mulher.

Além do desejo aqui encontrado, fica claro também os significados que esta maternidade pode trazer para a mulher portadora do vírus HIV que vão desde a continuação de si em um outro ser e a motivação para adesão ao tratamento. Para elas a maternidade apresenta significados positivos como Motivação e estímulo para aderirem aos tratamentos e lutarem pelo prolongamento de suas vidas.

Todo esse desejo e significado da maternidade vêm acompanhados de uma variedade de sentimentos que vão desde o medo e a insegurança até alegria, realização, ansiedade e motivação para continuarem relatados descritos aqui.

O aprendizado obtido a partir da realização deste estudo ampliou o olhar para as questões psicológicas e subjetivas que envolvem o cuidar em enfermagem do paciente portador do HIV. Auxiliando nas reflexões que envolvem a saúde reprodutiva e a maternidade.

Os serviços de saúde apesar de desenvolverem técnicas avançadas no tratamento da AIDS parecem despreparados no que diz respeito a questões sociais profundas que implicam a maternidade e o HIV.

O que ficou constatado aqui foi que independentemente do preconceito e da postura da sociedade e dos profissionais no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva de portadores do HIV, ela existe, e não pode ser ignorada e por isso é preciso estabelecer estratégias para que o profissional estabeleça uma relação de confiança com o paciente oferecendo segurança num diálogo aberto para que tais questões possam ser discutidas e analisadas.

Não se trata de negar os riscos a que esses pacientes estão expostos, mas de assumir postura acolhedora frente as implicações que cercam tal problemática, dessa forma, os riscos devem ser identificados, discutidos e analisados junto a equipe para que juntos paciente e profissional cheguem as melhores soluções.

É importante afirmar que os aspectos que envolvem o fenômeno maternidade e HIV não se limitam aos aqui apresentados e que existe uma série de outros fatores a serem discutidos e que podem estar envolvidos diretamente na problemática aqui discutida. O fato é que é preciso aprofundar as questões que envolvem aspectos subjetivos da maternidade e saúde reprodutiva de mulheres portadoras de HIV assim como de outras patologias que aproxima o paciente do profissional de saúde.

## REFERÊNCIAS

- \_\_\_\_\_. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2010.
- \_\_\_\_\_. **“Corpos na cidade: sedução e sexualidade”**. In: VELHO, Gilberto. Antropologia urbana. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.
- \_\_\_\_\_. **A AIDS entre as Mulheres no Estado de São Paulo**. In: PARKER, R. GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996.
- \_\_\_\_\_. *As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália*. Trad. Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Paulinas, ([1912] 1989).
- ABRIC, J.C. **A abordagem estrutural das representações sociais**. In: MOREIRA, A. S. P.(Org.); OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000.
- ALMEIDA, Maria da Conceição; ARAÚJO, Jenny; MENEZES, Greice. **“Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais”**. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, suplemento 2, p. S377-S388, 2009.
- AMARO, S. T. A.. **A Questão da Mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção**. *Revista Saúde e Sociedade*, 2007.
- AMARO, S. T. A.. **A Questão da Mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção**. *Revista Saúde e Sociedade*, 2007.
- AMATUZZI, M. M. **A subjetividade e sua pesquisa**. *Memorandum*, 10, 93-97. 2006.
- AMATUZZI M. M. **Pesquisa fenomenológica em Psicologia**. In M. A. Toledo Bruns & A. F. Holanda (Orgs.), **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas** (pp.17-16). Campinas: Alínea, 2003.
- ANTLE, B. J., Wells, L. M., Goldie, R. S., DeMatteo, D., King, S. M. (2001). Challenges of parenting for families living with HIV/AIDS. *Social Work*, 46(2), 159-169.(org). **Um olhar sobre o passado: história das ciências na América Latina**. Campinas: Editora da Unicamp, 2000.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: O mito do amor materno**. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 2009.
- BARBOSA, R. M. Feminino e AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996.
- BARBOSA, R. M.; VILLELA, W. Sterilization and sexual behavior among women in São Paulo, Brazil. **Reprod Health Matters** 1995;(5):37-46.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. 2006.

BAUNI, E. K.; JAROBI, B. **O. Family planning and sexual behavior in the era of HIV/AIDS. The case of Nakuru District, Kenya. Stud Family plann** 2000.

BORSA, Juliane Callegaro; FEIL, Cristiane Friedrich. **O papel da mulher no contexto familiar: Uma breve reflexão**. Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0419.pdf>. Acesso em: 03 out. 2011.

BOURDIEU, Pierre. **Introdução a uma sociologia reflexiva in “O Poder Simbólico”**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BOZON, Michel. **Sociologia da Sexualidade**. Trad. Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico de AIDS**. Ministério da Saúde. Brasília (DF); 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids** / Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília (DF), 2010. Disponível em [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_adesao\\_tratamento\\_hiv.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf). Acesso em: 03 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Bol Epidemiol AIDS* 2002; 15: 14-8.

BRASIL. Secretaria de Saúde da Bahia. **Programa Estadual de DST/Aids Bahia. Perfil Epidemiológico das DST/Aids no Estado da Bahia**. Disponível em: <http://www2.saude.ba.gov.br/ces/arquivos/APRESENTA%C3%87%C3%95ES/172%C2%AA%20Reuni%C3%A3o%2010.02.2011/Perfil%20Epidemiol%C3%B3gico%20da%20AIDS%20na%20Bahia%20Fev%20202011.pdf>. Acesso em: 12 set. 2011.

BAUER, M. & GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes. 2002.

BERTUCCI, L.M.; FARIA FILHO, L.M. de; GODOY. de. Edward P. Thompson: **História e Formação**. 1. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

BOYD, P., BRADLEY, M. **Immunological Sexing of Mammalian Semen: Current Status and Future Options**. *J. Dairy Sci.* 72:3372-3380, 1971.

CARVALHO, F. T.; PICCININI, C. A.. **Aspectos Históricos do Feminino e do Maternal e a Infecção pelo HIV em Mulheres**. *Ciência e Saúde Coletiva* Rio de Janeiro nov/dez 2008.

CARVALHO, F. T.; PICCININI, C. A. **Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres**. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 13, p. 1889-98, 2009.

CARVALHO, Gisele dos Santos. Pessoas vivendo com HIV/aids: vivências do CEDAP Chizzotti, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2006.

CARVALHO, A, COLS, B. EE, Maciel A, Perfeito JPS 2008. **Situação do registro de medicamentos no Brasil**. Atlas, 2008.

DAMASCENO, D.O.; MOURA, F.M.J.S.P.; NERY, I.S.; BATISTA, O.M.A.; ARAÚJO, O.D.; MOURA, L.J.S.P.. **Representações Sociais das DSTS/AIDS elaboradas por gestantes**. 2008, Texto Contexto Enferm., Florianópolis; Vol. 18(1).

DE NARDI, T.; GOMES, A. G.; LOPES, R. S.; PICCININI, C. A.. **Gestação e a Constituição da maternidade**. 2008, *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72.

DENZIN, Norman K. ; LINCOLN, Yvonna S. (Editores). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, Califórnia: Sage Publications. 2000.

DIAMANTINO, E.M.V. et al. **Aspectos básicos da sexualidade humana na parte clínica. Parte I**. Ed.Feminina, v. 21, n. 10, p. 1016-29, 1993a.

DURKHEIM, Émile. ([1895] 1973) **As regras do método sociológico**. Trad. Margarida Garrido Esteves, in *Comte/Durkheim*. São Paulo, Abril Cultural (col. Os Pensadores, 33), pp. 373-463.

Dutra, JL. Onde você comprou esta roupa tinha para homem? A construção de masculinidades nos mercados alternativos de moda, pp. 359-441. In M Goldenberg (org.). **Nu & vestido. Dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. Record, Rio de Janeiro, 2002.

FAITHFULL, J. (1997). HIV-positive and AIDS-infected women: Challenges and difficulties of mothering. *American Journal of Orthopsychiatric*, 67(1), 144-151.

FAITHFULL, J. TOMPKINS, P. **HIV-positive and AIDS-infected women: Challenges and difficulties of mothering**. *American Journal of Orthopsychiatric*, 67(1), 144-151. 1999.

FONTANA, A., & FREY, J. (2000). The Interview. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.). **Handbook of Qualitative Research** (2nd ed., pp. 645-672). California: Sage. 2000.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOSSEY, E., HARVEY, C, MCDERMONT & DEIVIDSON, L **Understanding and evaluating qualitative research**. Australian an New Zealand Journal of Psychiatry, 36 (6), 2002.

GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 89-113.

GARCIA, Roza, L. A. **O sujeito e o eu.** In Garcia-Roza, L. A. *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

GIDDENS, Anthony. **Novas Regras do Método Sociológico. Uma Crítica Positiva às Sociologias Interpretativas.** Lisboa: Gradiva (2ª edição inglesa em 2010).

GOMES, A. M. T.; MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, D. C.; **AIDS e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores.** 2004, *Psicologia: Teoria e Prática*, ed. especial: p. 91-104.

GONÇALVES, t. R. PICCININI. **Experiência da maternidade no contexto do HIV/Aids aos três meses de vida do bebê.** dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Porto alegre, 2007.

GRILLO DINIZ, S de Mello.; SOUZA, C Portella A. Not like our mothers: reproductive choice and the emergence of citizenship among Brazilian rural workers, domestic workers and housewives. In: PETCHESKY, R.; JUDD, K. **Negotiating reproductive rights.** London: Zed Books; 1998. p. 31-68.

GUIMARÃES, K. **Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS.** In: PARKER, R.;

HEILBORN, M. L.; DUARTE; L.F.D.; PEIXOTO, C.; LINS DE BARROS, M. (org.) **Sexualidade, família e ethos religioso.** Rio de Janeiro, Garamond, 2009.

HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela; KNAUTH, Daniela; BOZON, Michel; HOLANDA, A. **Fundamentação fenomenológica da pesquisa no vivido.** In I. Costa, A. F. Holanda, F. Martins & M. I. Tafuri (Orgs.), *Ética, linguagem e sofrimento* (pp.171-183). Brasília: Abrafipp. 2003.

HOLANDA, A. **Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética: elementos para um entendimento metodológico.** In M. A. Toledo Bruns. & A. F. Holanda (Orgs.), *Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas* (pp.35-56). Campinas: Alínea. 2003.

HOLANDA, A. **Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica.** *Análise Psicológica*, 2006.

HOLANDA, A. **O resgate da fenomenologia de Husserl e a pesquisa em psicologia.** Tese de doutorado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. 2002.

<http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=52204> >. Acesso em: jun. 2010.

<http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl49.htm>. Acesso em: Jul. 2010.

HULLEY, S.B. BACALTCHUK, et al. **Delineando pesquisa clínica.: uma abordagem epidemiológica.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social.** São Paulo: 1987.

GIL, A. C. **Técnicas de pesquisa em economia**. São Paulo: 1991.

INGRAM, D. & HUTCHINSON. **Defensive mothering in HIV-positive mothers**. *Qualitative Health Research*, 9, 243-258, 2000.

INGRAM, d. & HUTCHINSON, S. a. **defensive mothering in HIV-positive mothers**. *Qualitative Health Research*, 9(2), 243-258. 2010.

INGRAM, D., & Hutchinson, S. A. (1999a). **Defensive mothering in HIV-positive mothers**. *Qualitative Health Research*, 9(2), 243-258.

INGRAM, D., & Hutchinson, S. A. (1999b). **HIV-positive mothers and stigma**. *Health Care for Women International*, 20, 93-103.

INGRAM, D., & Hutchinson, S. A. (2000). **Double binds and the reproductive and mothering experiences of HIV-positive women**. *Qualitative Health Research*, 10(1), 117-132.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

JODELET, Denise. **Representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2002  
KONIAK-GRIFFIN, D.; BRECHT, M. L. **Linkages between sexual risk taking, substance use, and AIDS knowledge among pregnant adolescents and young mothers**. *Nurs Res* 1995; 44: 340-6.

KNAUTH, D. R. **Maternidade sob o signo da Aids: Um estudo sobre mulheres infectadas**. In A. O. Costa (Ed.), *Direitos tardios, saúde, sexualidade e reprodução na América Latina* (pp. 39-64). São Paulo, 2009.

LAPLANCHE, J. **Vida e morte em psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LE BRETON, David. (2001), *Antropologie du corps et modernité*. 2 ed. Paris, PUF.

LIMA, C. T. B., COLS, K. V. de O., Carvalho, M. F. S., Souza, A. P. P., Menabó, J. B. C., Ramos, L. S., Cassundé, L. F., & Kovács, M. H. (2002). **Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação**. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 4, 71-83.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MATOS, Auxiliadora Aparecida; LOPES, Maria de Fátima. **Corpo e Gênero: uma análise da revista TRIP Para Mulher**. *Estudos Feministas*, v. 16, n.1, p. 61-76, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ref/v16n1/a05v16n1.pdf> Acessos em 10 Outubro de 2011.

MATTOS, P.; LINCOLN, C. L.: **A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise.** *Rev. adm. publica*;39(4):823-847, jul.-ago. 2005.

MESSA, A. A. **O impacto da doença crônica na família.** Disponível online: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais.** Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Acesso em: 12 set. 2011.

MOSCOVICI, S. **As Representações Sociais. Investigações em Psicologia Social.** 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MUCCHIELLI, R. **Les Méthodes Qualitatives.** Paris:Presses Universitaires de France. 1991.

MURARO, R.M. 1983. **A Sexualidade da Mulher Brasileira: Corpo e Classe.**

MURARO, R.M. 1993. **A Mulher no Terceiro Milênio: Uma História da Mulher Através dos Tempos e suas Perspectivas para o Futuro.** Editora Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro, p. 205.

MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing.** São Paulo: Atlas, 1993.

NELMS, T. Burden: **The phenomenon of the mothering with HIV.** *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 16, 3-13, 2005.

Nações Unidas, Gabinete do Alto Comissário para os Direitos Humanos (ACNUDH), **Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (ONU-Habitat), Organização Mundial de Saúde (OMS).** (O) Direito à Água. Fact sheet N.º 35. 2010 <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet35en.pdf>

NEVES FRAL, Passos ADC, Gueleri WL. **Disponibilidade de sorologia anti-HIV como teste voluntário na rotina do atendimento pré-natal em unidades básicas de saúde.** *Rev Saúde Pública* 1999 dez;33(6):624-5.

OMS-Organização Mundial da Saúde. **Documento Técnico da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde [Internet].** Disponível em: [http://determinantes.saude.bvs.br/local/file/Primeira\\_versao\\_documento\\_tecnico\\_CMDSS.doc](http://determinantes.saude.bvs.br/local/file/Primeira_versao_documento_tecnico_CMDSS.doc). Acesso em: 01 ago. 2011.

PAIM, H.H.S. 1998. **Marcas no Corpo: Gravidez e Maternidade em Grupos Populares.** En: Duarte LFD & Fachel Leal O. (orgs.) **Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas.** Fiocruz, Rio de Janeiro, 210 p.

PAIVA, V. et al. Lidando com a adesão – a experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo. In: TEIXEIRA, P.R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. (Orgs.). **Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo.** São Paulo: Nepaids, 2000. p. 27-78.

PAIVA, V. Gendered scripts and the sexual scene: promoting sexual subjects among Brazilian teenagers. In: PARKER, R.; BARBOSA, R.; AGGLETON, P. **Framing the**

**sexual subject:** the politics of gender, sexuality and power. Berkeley: University of California Press; 2002.

PEDROSO, Enio Roberto Pietra; OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de Blackbook – **Clinica Medica** / Enio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007.

PICCININI, C., CARVALHO, F., GONÇALVES, T. **Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: Revisando a literatura.** Revista Psicologia e Sociedade, 21(2), 2009.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva do trabalho em saúde no Brasil. In: PIRES, Denise. **Refletindo sobre o processo de trabalho em saúde.** São Paulo: ANANABLUME, 1998.p.159-203.

PRAÇA, Neide de Souza.; GUALDA, D. M. R. A cuidadora e o (ser)cuidado: **uma relação de dependência no enfrentamento da AIDS.** Rev Paul Enf 2000; 19: 43-52.

PAIVA, V., Lima, T., SANTOS, N., Ventura-Filipe, E. & Segurado, A. **Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens e mulheres vivendo com HIV.** *Psicologia USP*, 13, 105-133, 2000.

PRACA, Neide de Souza.; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. **Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo.** *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2003, vol.3, n.1, pp. 61-74. ISSN 1519-3829.

PRIORE, Mary Del. **Histórias íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil.** São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2011.

QUEVEDO, E. **Os estudos históricos-sociais sobre as ciências e a tecnologia na América Latina e na Colômbia: avaliação e perspectivas.** In: FIGUEIRÔA, S.

QUEVEDO, Michele Peixoto. **Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco.** Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2010. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde.../MicheleQuevedo.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde.../MicheleQuevedo.pdf). Acesso em: 03 fev. 2012.

QUEVEDO, Michele Peixoto; LOPES, Ceci Mendes Carvalho; LEFEVRE, Fernando. **Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco.** *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.*, São Paulo, v. 16, n. 1, abr. 2008 . Disponível em <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822006000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 set. 2011.

REIS, A. C.; SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M. **A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 16, n. 3, p. 195-205, jul./set. 2007

Santos, A., & Carvalho, C. V. (2006). **Gravidez na adolescência: Um estudo exploratório.** *Boletim de Psicologia*, 2010.

RECH, Daniel. **Cooperativas. Uma onda legal.** Rio de Janeiro, 1991. (Coleção **Socializando o Conhecimento. Cooperativas: uma alternativa de organização popular.** Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

ROSSETTI - FERREIRA, M. C., AMORIM, K. S., & SILVA, A. P. S. **Rede de significações: Alguns conceitos básicos.** In M. C. Rossetti-Ferreira, K. S. Amorim, A. P. S. Silva & A. M. A. Carvalho (Orgs.), *Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano* (pp. 23-34). Porto Alegre: Artmed. 2004.

SANTOS, N. J. S., Buchalla, C. M., Fillipe, E. V., Bugamelli, L., Garcia, S., & Paiva, V. **Mulheres HIV positivas, sexualidade e reprodução.** *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 12-23. 2010.

SANTOS, R. M. **O serviço social e a exclusão / inclusão social dos portadores de HIV/AIDS: demandas e desafios nos hospitais públicos.** In: Serviço Social e Sociedade. N. 85, ano XXVII, São Paulo: Cortez, Mar 2005.

SANTOS, C. P. et al. **Self-perception of body changes in persons living with HIV/AIDS: prevalence and associated factors.** *AIDS*, Londres, v. 19, supl. 4, p. 14-21, out. 2002. Saúde, Brasília.

SEGATTO, R.L. 2000. **Notas de sala de aula em II Curso de Especialização Latu Sensu em Bioética.** Universidade de Brasília/Faculdade de Ciências da

SILVA, N., COUTO, M.. **Sorodiscordância para o HIV e decisão de ter filhos: entre risco e estigma social.** In: BERQUO, E. et al (org). *Sexualidade, Reprodução e Saúde*, Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.  
**Social no Brasil.** (2ª ed.)Vozes, Petrópolis, 501 p.

SOUSA, Sandra Sofia Moreira. **As narrativas do corpo na voz da mulher – mãe.** Faculdade de Letras da Universidade do Porto: Departamento de Sociologia, 2010. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55622/2/TESEMESSANDRASOUSA000125988.pdf>. Acesso em: 10 out. 2011.

TOMAR, M. S.: **A Entrevista semi-estruturada.** Mestrado em Supervisão Pedagógica" (Edição 2007/2009) da Universidade Aberta.

VELHO, Gilberto. **Observando o familiar, Individualismo e cultura.** Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Zahar, 2004, pp. 121 – 132.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICE A



### UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR MESTRADO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora.

Você foi escolhida para participar da pesquisa intitulada “**SIGNIFICADOS DA MATERNIDADE PARA MULHERES HIV SOROPOSITIVAS**”, realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea, UCSal.

O estudo tem o objetivo de analisar o processo de transição para a maternidade entre mulheres soropositivas para HIV/AIDS.

Sua participação consiste em responder às perguntas do questionário aplicado pelo pesquisador em entrevistas com duração aproximada de 30 minutos. Suas respostas serão mantidas em sigilo, divulgadas apenas para fins desta pesquisa sem que haja identificação de dados pessoais ou de quaisquer informações que revelem sua identidade ou de seus familiares.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu Consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso queira entrar em contato com as pesquisadoras Enfermeira Arianna Oliveira Santana Lopes ou Profa. Dra. Miriã Alcântara para qualquer esclarecimento, envie mensagem para o endereços eletrônicos [ariannasantana@bol.com.br](mailto:ariannasantana@bol.com.br) ou [miria.alcantara@gmail.com](mailto:miria.alcantara@gmail.com) ou para endereço: Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea (UCSal) – Av. Cardeal da Silva, 205 - Salvador/BA. CEP 40.231-902, Salvador. Tel: (71) 3203-8969 (Recado com Sr. Geraldo).

Caso concorde em participar, por favor assine a declaração a seguir.

Muito obrigada,

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriã Alcântara

Coordenadora do projeto

-----

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar desse estudo, estando ciente de que estou livre para desistir a qualquer momento e de que minha identidade será mantida em sigilo.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE B



### UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR MESTRADO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

#### Parte 01: ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO DE ENTREVISTA

##### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais:

Idade:

Endereço:

Escolaridade (ano concluído):

Religião:

Estado civil: ( ) Casada ( ) Separada ( ) Solteira ( ) Estável ( ) Viúva

Trabalha fora: ( ) Sim ( ) Não Desde quando?

O que você faz (ia)? Horas/ Semana:

Você se considera de que cor?

##### PERFIL FAMILIAR

1. Você é casada? Há quanto tempo?
2. Você tem filhos?
3. Quantos?
4. Com quem você vive atualmente?
5. Há quanto tempo você descobriu que tem HIV?
6. Você conhece a possível forma de contaminação?
7. Seu atual companheiro tem HIV?
8. Ele tem filhos?

## **RELAÇÃO EQUIPE DE SAÚDE-PACIENTE**

9. Há quanto tempo faz acompanhamento no serviço?
10. Como você recebeu o diagnóstico de HIV?
11. Como você chegou até o serviço de referência?
12. Como foi seu primeiro contato com o serviço?
13. Há quanto tempo faz tratamento para o HIV?
14. Se você falasse para sua equipe que queria ter filhos o que eles diriam?
15. Você já relatou ao médico ou aos outros profissionais da equipe o desejo ou não de ter filhos? Para qual profissional?
16. Quais foram às orientações oferecidas por esse profissional em relação à gravidez?
17. A sua gravidez foi desejada?
18. Que fatores contribuíram ou permitiram que a gestação acontecesse?
19. Foi apresentado ou oferecido a você algum método contraceptivo?

## **SIGNIFICADO DA MATERNIDADE**

20. O que significa a maternidade para você? Por quê?
21. O que você sentiu quando descobriu que estava grávida?
22. E agora como você se sente?
23. Quais foram as maiores dificuldades encontradas a partir da gravidez?
24. Onde você buscou ou foi oferecido apoio após diagnóstico de gravidez?

### APÊNDICE C - Quadro de análise das entrevistas

Entrevistados/ Núcleos de sentido.	Ent. 01 (Violeta)	Ent. 02 (Rosa)	Ent. 03 (Margarida)	Ent. 04 (Orquídea)	Ent. 05 (Begônia)	Ent. 06 (Crisântemo)	Ent. 07 (Lírio)	Ent. 08 (Léa)	Síntese Horizontal
<b>O Desejo latente da maternidade prevalece e independente do “Status sorológico”</b>	Na realidade e eu sempre quis né (engravadar), tentar uma menina..rs ... ai eu pensava em engravidar pra ver se acabava o preconceito...	Tinha vontade de ser mãe mas agora não... Por causa do HIV e da idade..	Queria ser mãe... a doença não é um empecilho para a gestação porque já aprendi a conviver com ela... Se soubesse antes não engravidaria	Sempre quis, apesar de tudo, sempre quis... hoje ele é minha benção. o.	Eu sempre tive vontade, né! Fiquei sabendo que eu podia ter... mesmo sabendo do vírus HIV eu queria ter. Eu queria ter meu próprio filho... teria o meu sangue né?!	Eu não tinha vontade de ter filho... eu tinha medo de parir...	Não engravidaria, acho que correri a não ser que a pessoa que eu estivesse, meu parceiro, sentisse e firmeza que estaria comigo até o fim... para que a minha vontade e o	Eu queria muito.. com todo esse problema, formar uma família ...	Das 08 entrevistadas apenas duas não relataram o desejo de ser mãe após descoberta do HIV, as demais apesar de carregarem um vírus letal apresentaram o desejo de engravidar e tornar-se mãe por diversos motivos em especial como preenchimento do “vazio” causado pela doença e a motivação de viver em função dos filhos que estão por vir.

							sonho dele fosse realizado		
<b>O significado da maternidade para as mulheres portadoras do HIV</b>	(Grau elevado de importância Realização pessoal) Agora tem uma importância maior... Hoje me sinto uma pessoa realizada.	(Responsabilidade e preocupação com o futuro) ... É uma responsabilidade imensa a ser mãe, toda mãe tem responsabilidade e preocupação com o filho...	(Especial e Maravilhoso, consolidação ou distração para os problemas). É muito especial, é maravilhoso.. Quando a gente não quer ficar assim muito atribuído...	(Sensação de completude) É a melhor coisa que a gente tem na vida, com essa doença e tudo mais é a melhor coisa que tenho na vida. Essa maternidade significou tudo...	(Responsabilidade e motivação para seguir em frente) Responsabilidade... que eu tenha uma vida longa para cuidar dos meus filhos.	(Felicidade e realização) Pra mim é bom, traz felicidade, eu fiquei feliz, gostei.. Acho que ele vai me dar mais alegria.	(Luz, motivação para lutar pela vida) Ser mãe está sendo a melhor coisa da minha vida, minha luz que vai me encaminhar para o resto da minha vida e nunca vai abandonar, e por esse bebê...	(Trazer alegria e distração) Significa muita coisa... Ter uma criança pra brincar, pra eu me dedicar, pra alegrar.	Trazem como significados: Realização pessoal, Responsabilidade e por outra vida, Algo sublime, maravilhoso especial ou melhor coisa que já aconteceu na vida, motivação para lutar pela vida e seguirem em frente, felicidade e alegria e distração. Mesmo 02 delas terem referido que não tinham vontade de serem mães todas elas apresentam significados positivos para essa maternidade vivenciada no momento e como Motivação e estímulo para aderirem aos

							eutô fazend o uma fortale za dentro de mim... tem uma vida dentro de mim, que depen de de mim e que serve de estímu lo com certez a		tratamentos e lutarem pelo prolongamento de suas vidas.
<b>Sentimentos trazidos pela maternidade</b>	(Felicidade, Melhora do quadro clínico e psicológico)Fiquei feliz... Nunca passou na minha cabeça que vai	(Tristeza devido aos sonhos interrompidos por uma gravidez não programada) Fiquei	(Esperança, responsabilidade e estímulo para a vida e adesão ao tratamento) Que meu	(Esperança, alegria e estímulo para continuar viva) A única coisa que eu quero é que meu	(Felicidade, ansiedade e medo da transmissão vertical) Tenho um pouco de medo,	(Tristeza, medo, alegria, motivação) Fiquei triste, com medo.. Fiquei com medo dele	(Fortaleza e estímulo) Foi um susto, agora estou bem... fortaleza dentro de mim... Serve	(Sentimentos positivos) Vai trazer bastante sentimento positivos. Fiquei muito alegre,	Todas apresentaram sentimentos de felicidade, medo da transmissão vertical, ansiedade, estímulo e motivação.

	nascer doente, nem preconceito, nada disso... Depois que engravidiei achei melhor ainda, achei que melhorei ...	triste... porque não tava querendo agora, ia atrapalhar meus estudos, eu ia fazer faculdade aí não vou poder fazer mais...	filho venha com saúde! Tem que ser humano e gostar de amar o próximo para que nenhum mal aconteça...	filho venha bem... e que Deus me deixe viva para criar meus filhos. Fiquei preocupada mas senti alegria, muita alegria.	...de nascer assim doente ... Fiquei feliz ao saber.. Agora tô ansioso...	se conta mas acho que ele vai me dar mais alegria. Eu tô confiante que eu não vou morrer rápido assim não... vou poder cuidar dele...	de estímulo com certeza...	emocionada, ansiosa, nervosa, eu nem acreditava que tava...	
<b>Síntese Vertical</b>	Apresenta uma realização pessoal e satisfação muito grande por estar grávida, depositando expectativas de	Apesar do desejo de ser mãe ter sido encontrado refletido em seu discurso se trata de	Essa mãe visualiza a maternidade como um consolo, distração para o momento difícil	Mãe insegura em relação ao futuro do bebê, vivenciando uma relação conflituosa e abandonada	No discurso dessa mãe encontramos o desejo de perpetuação da espécie, apesar	Nesse discurso apesar do desejo de tornar-se mãe não aparecer no início da futura mamãe	Identificamos nesse discurso uma mulher abandonada por seu parceiro que refere apesar dos	O que encontramos nessa entrevista foi uma mulher soropositiva que planeja sua gestação há	Apesar do diagnóstico positivo para o HIV e o medo da transmissão vertical em todos os discursos estão presentes o desejo de tornar-se mãe. Após a concepção essa maternidade significa para essas mulheres um ponto de

<p>mudanças na gestação e melhora do seu quadro a partir da maternidade</p>	<p>uma adolescente que não planejou sua gravidez e vive um momento de insegurança e medo diante dos sonhos que acreditam terem sido deixados para trás após diagnóstico de HIV e da gestação. Apesar do momento</p>	<p>que vivenciada e mesmo com receio em relação ao futuro do bebê e o medo da transmissão vertical enfatizada em seu discurso o desejo de ser mãe, independente da patologia que carrega.</p>	<p>ono com o companheiro devido à incompatibilidade diagnóstica, não obstante em seu discurso descreve a maternidade como bênção e motivo de alegria além da esperança de aumento da expectativa de vida para que possa</p>	<p>de ser mãe adotiva e portadora do vírus relata o desejo de conceber, “filhos com seu próprio sangue”, percebido ainda como desejo de latente continuar “vivendo” apesar da certeza de morte que a doença lhe traz.</p>	<p>e descreve a maternidade como um momento que lhe propõe a realização de muitas alegrias em meio às preocupações que a doença lhe traz. Espera ainda que sua vida se prolongue para que possa cuidar do bebê.</p>	<p>planos traçados juntos com o companheiro quanto à gestação só se tornaria mãe se não tivesse o diagnóstico positivo. Em contrapartida, ela faz uma ressalva “ não ser que eu tivesse certeza que teria apoio do meu companheiro”</p>	<p>aproximadamente 09 anos mesmo tendo ciência do seu diagnóstico, e que com o passar do tempo o desejo de maternidade foi se aperfeiçoando e se fundamentando na certeza de uma expectativa de vida para exercer o papel de mãe esperado pela sociedade e diminuir os conflitos negativos oriundos da patologia.</p>
---	---	---	---	---	---	---	---

		<p>nto de conflito intrape ssoal que a jovem vivenci a o desejo de tornar - se mãe e os sentim entos positiv os em relaça o a matern idade são encont rados abriga dos, escond idos em seu discurs o em vários mome ntos.</p>		<p>cuidar de seu filho o que faz ainda signific ar a matern idade como motiva ção.</p>	<p>Perceb emos ainda o desejo de aumen to da expect ativa de vida e os medos proven ientes do risco de transm issão vertical .</p>		<p>o que aparec e subent endido aqui é a sensaç ão de aband ono que essa mulher aprese nta, e que se ela tivesse o apoio do compa nheiro engrav idaria apesar do diagnó stico. Ela ainda descre ve a matern idade como uma fortale za,</p>	<p>cios psicoló gicos que essa gestaç ão poderi a lhe trazer, preenc hendo um vazio causa do pela doenç a e ocupa ndo seu tempo para que não pensa sse em aspect os negati vos como a morte.</p>	
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

							uma luz no fim do túnel diante do seu diagnóstico e do abandono e deposita todas as suas expectativas no bebê que vai nascer como um conforto, consolo ou refúgio, além de servir como motivação para adesão ao tratam		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

							ento e aumen to da expect ativa de vida.		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Quadro Síntese do Confronto das entrevistas baseado em Pires, 2012