

A Feminilidade em uma Gestante Portadora do Vírus HIV

Daniela Dornelles Johnson

Monografia apresentada como exigência do Curso de Especialização em Psiquiatria
Forense, Saúde Mental e Lei

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Porto Alegre, janeiro de 2010.

*“Como fica forte uma pessoa quando está
segura de ser amada.”*

Freud

AGRADECIMENTOS

Este estudo é fruto do desejo de compreender a feminilidade e os símbolos de uma portadora de HIV, em especial, de uma gestante soropositiva.

Meu especial agradecimento aos mestres que tive no decorrer do curso.

Por derradeiro, dedico este estudo à luz da minha vida, minha avó, Warda Names (*in memorian*) porque me tornei alguém por seu incomparável amor.

Aos meus filhos, pela compreensão, estímulo e paciência nos dias de ausência.

A ALLAH porque sem ELE eu nada seria.

RESUMO

A complexidade da aids envolve não somente o lado cognitivo do conhecimento, mas também os fatores psicossociais que influenciam o comportamento das pessoas. Existe um enorme preconceito em relação ao exercício da sexualidade das mulheres. Diante deste contexto, o objetivo do presente estudo é o de compreender os sentimentos despertados pela infecção pelo HIV no que se refere à feminilidade em uma gestante portadora do vírus, através da ótica psicanalítica. Para tanto foi realizado um estudo de caso único com uma gestante portadora de HIV/Aids que respondeu a uma entrevista qualitativa. Foi realizada uma análise de conteúdo qualitativa da entrevista, a partir da qual emergiram 3 categorias temáticas: medo da soropositividade em sua relação amorosa, afetiva e sexual; medo do abandono do parceiro e familiar pelo preconceito; perda da identidade feminina por não amamentar seu bebê. Os resultados mostraram que para esta gestante a feminilidade foi afetada pelo fato de não poder amamentar seu bebê e no preconceito que eclode quando a doença é explicitada. A partir do estudo sugere-se que os programas de prevenção do HIV/Aids ampliem e melhorem as políticas de atenção às mulheres gestantes soropositivas aprofundando o entendimento sobre a feminilidade, auto-estima, sexualidade e maternidade.

Palavras-chave: feminino – psicanálise – maternidade – infecção por HIV/Aids-afetividade- sexualidade.

RESUMEN

La complejidad del SIDA no sólo implica el lado del cognitivo del conocimiento, pero también los factores de los psicossociais que influncian el comportamiento de la gente. Una preconcepción enorme en lo referente al ejercicio de la sexualidad de las mujeres existe. Delante de este contexto, el objetivo del actual estudio es entender los despertados de las sensaciones para la infección para el VIH en cuanto al feminilidade en un gestante que lleva del virus, con la óptica del psicanalítica. Para de tal manera un estudio solamente del caso con un gestante que llevaba de HIV/Aids fue llevado con ése contestado a una entrevista cualitativa. Un análisis cualitativo del contenido de la entrevista fue llevado a través, de la cual 3 categorías temáticas habían emergido: miedo del soropositivade en su relación que ama, afectiva y sexual; miedo del abandono del socio familiar y para la preconcepción; pérdida de la identidad femenina para no amamantar a su bebé. Los resultados habían demostrado que para este gestante el feminilidade fue afectado por el hecho de no poder amamantar a su bebé y en la preconcepción que sale cuando la enfermedad es explicitada. Del estudio se sugiere que los programas de la prevención del HIV/Aids amplían y mejoran la política de la atención las mujeres de los gestantes de los soropositivas que profundizan el acuerdo en el feminilidade, la automóvil-estima, la sexualidad y la maternidad.

Palabra-llave: - sicoanálisis - maternidad femenina - infección para la sexualidad de la afectividad de HIV/Aids-.

SUMÁRIO

I	Introdução	7
	1.1 Aspectos gerais sobre a feminilidade e a epidemia de HIV/aids.	7
	1.2 A feminilidade à luz da psicanálise	9
	1.3 Representação social da aids	2
	1.4 Justificativa e objetivo do estudo	14
II	Método	15
	2.1 Participante	15
	2.2 Delineamento e procedimentos	15
	2.3 Instrumentos	17
III	Resultados e discussão	18
	3.1 Medos da soropositiva em sua relação amorosa, afetiva e sexual	18
	3.2 Medo do abandono do parceiro e familiar pelo preconceito	21
	3.3 Perda da identidade feminina por não amamentar o bebê	22
IV	Considerações Finais	24
	Referências	26
	Anexo A	29
	Anexo B	30
	Anexo C	31

I INTRODUÇÃO

Pensar o feminino constitui um caminho para se compreender a insídia social na nossa cultura. Se a construção da cultura ocidental se deu como correlata da edificação da identidade masculina, introduzir o feminino na cultura conduz a uma modificação desta última. Considerando que para a teoria psicanalítica (Freud, 1932) o feminino se expressaria por meio da maternidade, torna-se relevante investigar como se dá este processo quando a maternidade acontece em uma gestante infectada pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), uma vez que esta se torna uma experiência cheia de dúvidas e incertezas.

Destarte, o presente projeto busca compreender, sobre uma perspectiva psicanalítica, a feminilidade em uma gestante soropositiva para HIV. Para tanto, serão revisados, primeiramente, aspectos gerais relativos à infecção pelo HIV/Aids e à feminilidade e, posteriormente, será discutida a concepção de feminilidade à luz da psicanálise.

1.1 Aspectos gerais sobre a feminilidade e a epidemia de HIV/Aids

Desde o início da década de 90, quando ficou evidente que a epidemia do HIV/Aids não era um problema de saúde restrito aos homens, muitos esforços foram desenvolvidos visando prevenir a infecção entre mulheres e o nascimento de crianças com HIV.

Estes esforços têm contribuído para reforçar a constatação de que a epidemia do HIV é marcada pelo gênero – modo como as sociedades organizam as relações sociais e sexuais entre homens e mulheres (OMS, 1990).

A concepção de “feminilidade” associada à submissão sexual das mulheres aos homens, em suas múltiplas manifestações, tem sido exaustivamente apontada como um dos obstáculos para as mulheres se prevenirem do HIV. De modo recente também se tem discutido como as marcas do gênero impõem barreiras não apenas para a

prevenção, mas também trazem dificuldades específicas no viver com a soropositividade para HIV (Arán, 2001).

Isto significa que as estratégias de prevenção devem incidir principalmente sobre os contextos de encontro sexual entre homens e mulheres, tendo em conta que na maior parte das vezes este é constituído tanto pela assimetria de poder quanto pelas expectativas românticas que caracterizam as relações de gênero. O que falar da feminilidade quando as relações de poder perpassam os cuidados?

A vulnerabilidade é um conceito cunhado para facilitar a implementação de estratégias de prevenção e cuidados frente ao HIV. Segundo Ayres, França Jr., Calazans e Saletti Fo. (1999) esse conceito inclui aspectos individuais, como os biológicos e comportamentais, aspectos sociais, como a definição de políticas públicas para os grupos populacionais específicos e sob maiores riscos sociais, e aspectos culturais, como as normas que regulam as relações de poder na sociedade.

Do ponto de vista biológico, o risco de infecção durante relações sexuais desprotegidas é de duas a quatro vezes maior para as mulheres do que para os homens (ABIA, 2007). As mulheres são particularmente vulneráveis à contaminação pelo HIV nas relações heterossexuais devido à maior área de exposição da mucosa vaginal aos fluidos seminais, à maior quantidade de fluídos que são transferidos do homem para a mulher do que vice-versa, à maior quantidade de vírus contido nos fluidos sexuais masculinos e às microfissuras que ocorrem no tecido vaginal ou retal no ato da penetração sexual.

Esses fatores biológicos, coligados a situações freqüentemente vivenciadas pelas mulheres, como o sexo não-consensual, as relações sexuais desprotegidas por falta do poder de negociação do preservativo e os comportamentos de riscos adotados por seus parceiros, contribuem para aumentar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV.

Deste modo, a vulnerabilidade biológica das mulheres só se torna importante, de fato, em função da sua vulnerabilidade social. Segundo Arán, (2001) dificuldades de negociação do preservativo, baixa percepção de risco, dependência econômica e

emocional do parceiro, usar ou ter parceiro usuário de drogas injetáveis, comercialização do sexo e violência, dentre outros são fatores que facilitam a exposição das mulheres ao HIV. Para a autora, a idéia do amor romântico é demonstrada pelas mulheres ao preferirem entregar-se e compartilhar o destino delas “por amor” ou “pelo gozo solto”.

No Brasil, a maior parte das mulheres descobre que tem HIV na rotina do pré-natal ou quando do aparecimento de doença oportunista, sua ou do parceiro, situações em que a mulher já está fragilizada (ABIA, 2007). Esta fragilidade é ainda muitas vezes agravada pela suspeita da infidelidade do parceiro e pela dor da insegurança daí decorrentes, por sentimentos de culpa pela infecção e, no caso das grávidas, pela preocupação com a saúde do bebê.

Se considerarmos que 85% das mulheres infectadas pela HIV (Vírus da imunodeficiência humana) estão em idade fértil, tem-se o problema adicional da transmissão vertical do HIV. Desde o surgimento da Aids, a prevenção é tratada como o ponto nevrálgico para o controle da epidemia e, após vinte anos, a importância da prevenção não é menor, principalmente se levarmos em conta a feminização da Aids. A velocidade da disseminação da epidemia chamou a atenção para a limitação da compreensão da sexualidade humana, pois mesmo com todas as campanhas de esclarecimento para a população quanto às formas de contágio do HIV, não há o declínio esperado de novos casos de infecção.

1.2 A feminilidade à luz da psicanálise

O fenômeno de heterossexualização da doença é um dos fatores responsáveis pelo aumento de casos de infecção pelo HIV em mulheres, sendo que essas representam uma proporção significativa de casos novos (Mundy & Fraser, 1999). Freud, em 1905, ao escrever os Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade, diz que “a sexualidade das mocinhas é de caráter inteiramente masculino.” (p.136).

Não obstante, os conceitos de masculino e feminino possam remeter a uma concepção bioligística, o desenvolvimento das reflexões freudianas caminha à luz de

considerar como sinônimos do binômio atividade/passividade. A afirmação do douto psicanalista servirá de alicerce para o desabrochar deste projeto, pois o objetivo do mesmo é compreender através das reflexões psicanalíticas, a feminilidade em uma gestante soropositiva para HIV, tomando como referência o estudo da feminilidade e sua reformulação através do complexo de castração no advento da epidemia HIV/Aids.

Freud, em 1905, serviu-se do termo para defender a tese de que só há uma libido, a masculina, o que nos leva a crer que há uma monossexualidade inicial e a bissexualidade acha-se colocada nas mulheres, o que leva Freud a sustentar que a sexualidade da menina é fundamentalmente masculina. Cabe salientar que o autor enfatizava a bissexualidade na mulher, quando na verdade, ela é universal.

Ao falar-se da feminilidade para Freud (1932), faz-se necessário uma digressão ao complexo de castração feminino, no qual a castração da mulher é evidente, já que ela viu, ela conhece e quer ter um pênis também. Além disso, ela percebe-se diante de uma grande inveja, que tem seu cume no desejo de torna-se ela própria um menino. Segundo o psicanalista, o complexo de masculinidade da menina tem sua origem nessa célere mirada inicial e tem seu desenvolvimento em duas vertentes: a esperança e a negação.

Esperança por achar que um dia pode ter esse pênis como recompensa, o que a faria semelhante aos homens, e a negação por insistir em não reconhecer a falta e persistir na idéia de possuí-lo até comportar-se como se fosse homem. Na menina a compreensão da falta é evidente, é diferente daquela que o menino tem. Não é fácil para a menina aceitar a falta, ela vai reclamar, vai culpar a genetriz por ter lhe tirado algo tão importante. Quando se percebe castrada, vai desenvolver a inveja, que é no sentido de procurar aquilo que lhe falta, é o que Freud constata como marca indelével, pois só o reconhecimento não significa aceitação.

Segundo a teoria freudiana, após esta digressão, estruturam-se algumas conseqüências deste processo: o sentimento de inferioridade é ao nível do narcisismo, dos apoios identificatórios que surgem os primeiros efeitos da inveja do pênis. Frente a esta descoberta, que é de punição, a menina passa a partilhar do desprezo que o homem

dedica ao sexo feminino e ao fazer isso, torna-se semelhante a ele, adotando o mesmo julgamento de valor.

O afrouxamento da relação afetiva da menina com seu objeto materno, que implica na culpa que a menina infere à mãe por sua incompletude, por sua falta de pênis. Sentindo-se sem o sinal que a identifique como ser feminino, resta-lhe identificar-se com a mãe, esta também privada de pênis, desvalorizada para menina por não possuir um signo de identidade sexual.

Em suma, na versão freudiana, a menina primeiramente vive sua sexualidade de modo masculino. As principais ocorrências genitais da infância se dão em relação ao clitóris. Em uma segunda fase, no entanto, na busca do caráter especificamente feminino da sexualidade, dá-se a migração da excitação para a vagina (a verdadeira zona erótica feminina). Nesse contexto, Laqueur (2001) comentou a formulação freudiana sobre o processo da menina de tornar-se mulher, apontando que o autor teria herdado duas tradições do pensamento ocidental.

A primeira seria representada pelo modelo Galênico, modelo de um único sexo no qual a ordenação do que é homem e mulher se faz de acordo com o grau de calor, e segundo o qual o masculino seria superior devido a uma maior quantidade de calor. A segunda tradição herdada representaria o pensamento moderno sobre a diferença sexual, apontando para uma visão essencialista, fruto da herança freudiana do Iluminismo.

Laqueur (2001) afirmou que, desde o século XVII, já havia o conhecimento médico, demonstrando o clitóris como uma zona carregada de terminações nervosas e sua diminuição da vagina e, que apesar desse material estar disponível em qualquer manual do século XIX, Freud ainda assim inventou o gozo vaginal.

Desta forma, e como sugere Laqueur (2001), a narrativa freudiana refere-se a uma narrativa cultural disfarçada em anatomia: “A história do clitóris é uma parábola da cultura, de como o corpo é criado de uma forma valiosa para a civilização apesar, e não por causa de si próprio” (2001, p.281). Portanto, o tornar-se mulher freudiana refere-se

ao caminho “da menina tornar-se o ideal burguês da mulher vienense” (Laqueur, 2001, p.287).

É nesse sentido que vários psicanalistas da atualidade vêm destacando o quanto a teoria da feminilidade freudiana foi construída tendo como representante histórico e social o cenário da Modernidade, no qual as mulheres seriam incumbidas da tarefa da maternidade enquanto um dom natural – a vocação feminina por excelência. Com Freud, a menina cederia do gozo clitoridiano, em prol do gozo vaginal, por onde iria ao encontro da experiência da maternidade.

Essa seria a travessia feminina rumo ao encontro da feminilidade que se expressaria por meio da maternidade. Nessa visão, teríamos de um lado a masculinidade composta pelas noções de sujeito e atividade enquanto a feminilidade encamparia as noções de objeto e passividade, e a vagina representaria o lugar de abrigo do pênis - objeto passivo (Freud, 1923).

Birman (1999), ao comentar essa formulação segundo a qual a feminilidade aparece como um limite do psiquismo inscrito na fronteira com a ordem biológica, supôs a possibilidade de encontrar um outro fio interpretativo, concebendo a feminilidade, então como originária do psiquismo; isto é, a categoria de feminilidade passa a referir-se a um registro anterior à ordenação da subjetividade calcada no referencial fálico.

1.3 Representação social da aids

O diagnóstico de soropositividade configura-se como uma experiência de impacto psicossocial profundo para a pessoa, não só se advir de uma doença crônica altamente ameaçadora para a vida do indivíduo, como também por se constituir o equivalente simbólico de uma “morte anunciada” (Rosário, Duque, Guerreiro, 2003).

A mulher portadora do HIV experiencia todo um conjunto de alterações na sua corporalidade, que a impele para uma (re) aprendizagem intra-psíquica do “feminino”,

vivenciando o seu cotidiano interrelacional, com o que se poderá denominar, de “uma nova condição feminina”.

Há uma tendência em se manter numa posição defensiva quanto a este tema, uma vez que lidar com seres humanos é mais difícil, sobretudo no que diz respeito a algo tão íntimo como a sexualidade. A aids ressaltou a necessidade de se conhecer com maior riqueza de detalhes possível as diversas formas de experimentar a sexualidade humana.

As relações de gênero e os ideais românticos amorosos impõem arranjos reforçadores da subordinação feminina e que, por isso, podem facilitar a exposição da mulher ao HIV. Gênero é uma importante categoria de análise para a investigação da construção social do masculino e do feminino. Gênero é uma maneira de organização social de homens e mulheres que criam dicotomias na qual existem características adequadas aos homens e outras, às mulheres. Para as mulheres é ensinado a serem femininas, sensíveis, carinhosas, delicadas, submissas, já aos homens é exigida a manutenção de sua masculinidade, ou seja, dominadores, ativos, agressivos.

Segundo Nolasco (1993), algumas mulheres de grandes centros urbanos associam sua ascensão social ou símbolos de poder, como carros, ou cargos importantes ao seu “lado masculino”. Por outro lado, os homens identificam suas necessidades afetivas como uma característica feminina.

Percebe-se que esses discursos mantêm a concepção de um padrão estabelecido do que é ser homem e mulher na atualidade. Ou seja, apesar das várias conquistas femininas ocorridas ainda se estabelecem fortes relações desiguais de gênero, sendo a falta de autonomia da mulher para negociar o uso do preservativo com o parceiro um exemplo disso.

Em se tratando de mulheres infectadas que engravidam, além do preconceito encontrado pela sociedade, a mãe tem que lidar com a culpa. Segundo Artigão (1995) vivencia-se a terceira fase da epidemia, cuja característica principal é o número

expresso de casos por transmissão heterossexual, resultando no aumento expressivo da incidência entre as mulheres.

Paiva (2000) refere que nos últimos anos houve um grande aumento no número de mulheres infectadas pelo HIV através de relações sexuais com seus companheiros e maridos, estas de comportamento monogâmico e esclarecidas quanto ao uso de preservativos na prevenção da infecção.

1.4 Justificativa e objetivo do estudo

Existe um enorme preconceito em relação ao exercício da sexualidade das mulheres. Se uma mulher engravida e decide abortar; se uma jovem solteira decide ser mãe ou se uma mulher se infecta, a hipótese mais comum é de que ela foi “irresponsável”. Não se pensa que ela vive em uma sociedade que nega às mulheres informação e autonomia sobre seu corpo e que produz uma série de fantasias românticas sobre o amor e “príncipes encantados”, o que dificulta que elas assumam uma postura mais assertiva de autoproteção nas relações amorosas e sexuais.

Diante deste contexto, o objetivo do presente estudo foi o de compreender os sentimentos despertados pela infecção pelo HIV no que se refere à feminilidade em uma gestante portadora do vírus, através da ótica psicanalítica.

II MÉTODO

2.1 Participante

Participou do presente estudo uma gestante portadora do vírus HIV, que tinha na época da entrevista 26 anos e para fins deste estudo será aqui denominada pelo nome fictício Libélula. Ela estava com sete meses de gestação e fazia acompanhamento pré-natal no Grupo Hospitalar Conceição, localizado em Porto Alegre/RS.

A participante fazia parte do projeto longitudinal *Aspectos Psicossociais, Adesão ao Tratamento e Saúde da Mulher no Contexto do HIV/AIDS: Contribuições de um Programa de Intervenção da Gestação ao Segundo Ano de Vida do Bebê* (Piccinini et al., 2005), que acompanha 80 mulheres portadoras de HIV/Aids em Porto Alegre, desde a gestação até o segundo ano de vida do bebê. Libélula era casada e já tinha uma filha de 07 anos de outro relacionamento. Ela trabalhava como atendente em uma escolinha infantil e tinha o ensino médio completo.

Havia iniciado um curso superior, mas cursara apenas os primeiro ano. O marido dela tinha 26 anos, tinha ensino fundamental completo e trabalhava como operador de empilhadeira. Eles moravam em uma casa na região metropolitana de Porto Alegre. Libélula sabia-se soropositiva há seis anos e vinha realizando acompanhamento médico de rotina desde então. Referiu ter contraído o vírus através de relação sexual casual após a ingestão de bebidas alcoólicas e, apesar do diagnóstico, seu estado de saúde era bom. Relatou ter tido depressão durante um ano apresentando um quadro de anedonia. Seu marido era soronegativo e não tinha outros filhos.

Libélula tinha um bom relacionamento com sua família, que sabiam de seu diagnóstico soropositivo apoiando-a sempre. A família do companheiro a apóia, mas desconhece sua doença, pois acredita que sua filha sofreria com o preconceito.

2.2 Delineamento e procedimentos

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso único (Stake, 2000) a fim de se compreender os sentimentos despertados pela infecção pelo HIV no que se refere à feminilidade em uma gestante portadora do vírus.

Para Stake (2000), o estudo de caso como estratégia de pesquisa caracteriza-se justamente por esse interesse em casos individuais e não pelos métodos de investigação, os quais podem ser os mais variados, tanto qualitativos como quantitativos.

O autor define um caso como uma unidade específica, um sistema delimitado cujas partes são integradas. Algumas características podem estar dentro do sistema, nos limites do caso, e outras fora, e nem sempre é fácil para o pesquisador dizer onde termina o indivíduo e começa o contexto. Outro aspecto importante para a caracterização do estudo de caso é o tipo de questões pertinentes a esse gênero de pesquisa. Stake indica que, como qualquer pesquisa, o estudo de caso é geralmente organizado em torno de um pequeno número de questões, mas esclarece que nessa modalidade de investigação predominam questões ou temáticas sobre relações complexas, situadas e problemáticas.

Ainda segundo Stake (2000), os pesquisadores de caso buscam tanto o que é comum quanto o que é particular em cada caso, mas o resultado final geralmente retrata algo de original em decorrência de um ou mais dos seguintes aspectos: a natureza do caso; o histórico do caso; o contexto (físico, econômico, político, legal, estético etc.); outros casos pelos quais é reconhecido; os informantes pelos quais pode ser conhecido.

Seguindo os procedimentos do Projeto Longitudinal ao qual o presente projeto de pesquisa está incluído, a mãe foi convidada a fazer parte da pesquisa pelos profissionais do serviço de saúde que realizaram um contato inicial e apresentaram o estudo. Tendo concordado em participar, a gestante respondeu à *Entrevista de Dados Sócio Demográficos da Família* (NUDIF, 2006a) e assinou o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (NUDIF, 2005). Foi então agendado um encontro para a realização da coleta de dados na gestação.

Por fazer parte de um projeto maior, a coleta de dados na gestação contemplou diversos outros instrumentos que avaliaram dados sócio-demográficos, apego mãe-feto, maternidade, paternidade, qualidade de vida, apoio social, práticas sexuais, adesão ao tratamento, além de exames clínicos para o controle da infecção. No entanto, para fins do presente estudo, foram utilizados apenas os dados sócio-demográficos e aqueles obtidos através da *Entrevista sobre a Gestação em Situação de Infecção pelo HIV/AIDS* (NUDIF, 2005b). A entrevista foi gravada em áudio e, posteriormente, transcrita para fins de análise.

2.3 Instrumentos

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

Entrevista Sobre a Gestação em Situação de Infecção pelo HIV/AIDS (NUDIF, 2005b): Entrevista estruturada, realizada de forma semi-dirigida, composta por 10 blocos de questões examinando os seguintes temas: história da gestação, história da infecção, expectativas quanto ao bebê, impressões sobre o pai do bebê e relação do casal, relação com a família, expectativas quanto ao futuro. Cópia no Anexo C.

Cada tema foi apresentado à gestante em forma de questões genéricas (ex. “Eu gostaria que tu me falasses sobre a tua gravidez, desde o momento em que ficaste sabendo até agora”) e, caso a mãe não se estendesse na sua resposta, foram apresentadas diversas questões que investigam outros detalhes associados ao tema principal.

III RESULTADO E DISCUSSÃO

A análise dos dados possibilitou a identificação de distintos sentimentos em relação à sexualidade e afetividade de uma gestante soropositiva em relação às peculiaridades vivenciadas nesta fase. A fala da participante é o ponto de partida de qualquer análise. Na análise da fala é possível estudar o continente ou o conteúdo, ou os significantes ou significados, ou o código ou significação. Através das falas da gestante suscitadas pela entrevista foi realizada uma análise de conteúdo qualitativa, através da qual emergiram as seguintes categorias temáticas: 1) Medo da soropositividade em sua relação amorosa, afetiva e sexual; 2) Medo do abandono do parceiro e familiar; 3) Perda da identidade feminina por não amamentar seu bebê. As categorias elencadas serão discutidas a seguir, explanadas por fragmentos do relato da participante e analisadas à luz da psicanálise.

3.1 Medo da soropositividade em sua relação amorosa, afetiva e sexual.

A manifestação amorosa, por mais criadora de ilusões e fantasias que seja, não deixa de estar ligada ao objeto real, concreto, pois é profundamente significativo para quem o produz e para quem se encontra. A linguagem esfarela-se na preponderância dos limites pulsionais que nos dirigem sempre a fissura do sentido. O não dito é a descorporificação da lógica que insiste em encontrar na origem de algo alguma essência que se entregue à reprodutibilidade do signo. Não há possibilidade de banharmo-nos duas vezes no mesmo signo.

De acordo com Assoun (1993), o feminino caracteriza-se por um estilo, que demarca uma conflitualidade psíquica própria decorrente do seu percurso pelas vias de assunção de sua feminilidade.

A fala de Libélula ¹ revela que a presença do HIV trouxe a tona seus temores e fantasias em relação à aceitação do companheiro.

¹ Nome fictício para preservar a identidade da entrevistada.

“Ele tem o pensamento se tu pegou eu vou pegar também. To contigo pro que der e vier.”

Aquilo que não cessa de se inscrever no mundo está repleto de tudo que não podemos falar. A fala apresenta-se como a negação de um universo de sentido que está sempre encoberto e revelado por ela mesma. Aquilo que escrevemos ou falamos só se torna possível como compreensão em função do que não conseguimos falar ou escrever.

Ao analisarmos a fala de Libélula percebemos claramente que o companheiro tem a ilusão do amor romântico, do amor que salva, do elmo mágico que liberta de tudo e de toda dor. A possibilidade de ser um indivíduo completo, que ao mesmo tempo se relaciona verdadeiramente com outro ser humano que lhe é afim.

Assim, conscientizando-se de que existe uma parte de si mesmo que não pode ser vivida através de outrem, pela qual ela deva assumir a responsabilidade é que ela desperta para a inesperada grandiosidade e complexidade do seu *self* individual.

Por sua vez, ao se dar conta de sua unicidade, ele se torna capaz de ligar-se a uma mulher na individualidade dela. O teste da verdadeira individuação inclui a capacidade de se relacionar com outra pessoa e de respeitá-la como um ser individual.

Segundo Ávila (1999) os laços conjugais tem se revelado através de relações de força e poder, no qual o que se diz relação de amor se mostra como relação de risco. Para a maioria das mulheres este fato é percebido como algo distante de sua realidade cotidiana. Do mesmo modo, desempenham sua sexualidade abalizada na concepção do amor romântico influenciando as relações estáveis e permanentes e as relações passageiras e irregulares.

“Eu vivia doente , com coceira. O meu ex- marido, o pai da minha filha ele tem Aids. Os médicos pensavam que eu tinha leucemia . Descobri em 2003. Minha filha não tem o vírus. Me internei no hospital...”

Coadunando com Santos (2002) a fala de Libélula demonstra a dificuldade de adoção do sexo seguro na negociação do uso de preservativos devido o assujeitamento feminino nas relações sexuais.

Segundo Freud (1976) a sexualidade humana é inerentemente traumática. A sexualidade é o resultado de um longo percurso profissional que repousa sobre as interações com os outros, isto é, com as pessoas com as quais o sujeito se relaciona. As manifestações da sexualidade adulta revelam, portanto, soluções encontradas pela criança do passado para sobreviver psiquicamente às dores que seriam de outras formas intoleráveis.

Já McDougall (2001) afirma que as “saídas” encontradas, ou seja, as formas de sexualidade apresentadas, por mais complexas, extravagantes ou desviantes que possam parecer, conferem ao sujeito um sentimento de identidade subjetiva e sexual protegendo-a deste modo, contra o aniquilamento psíquico. Destarte, a sexualidade se configura como uma criação particular que traduz os arranjos psíquicos do sujeito ao longo de sua vida na tentativa de dar sentido às mensagens que recebe em sua volta.

Ceccarelli (2004) afirma que a partir da chamada “revolução sexual” iniciada nos anos 1960, houve uma desrepressão da sexualidade, porém tal desrepressão não foi acompanhada de um desrecalcamento da mesma. Segundo o autor, a repressão sexual está ligada ao sistema de crenças e valores sociais do qual emerge a moral vigente, construções sociais que mudam segundo a cultura, a época e os costumes. O que a nossa moral sexual ocidental impõe é uma sexualidade normativa aplicável a todos.

De acordo com a psicanálise o que realmente importa é tentar analisar a dinâmica das manifestações singulares da sexualidade. Para isto, visto que os padrões da sexualidade humana são criados, e não inatos, é necessário levar em conta a singularidade da história de cada um lembrando que esta história é construída através da sedimentação de identificações sucessivas diversas, resultado de encontros dos sujeitos com os outros.

Neste viés, mais do que explicar sobre a normalidade ou a patologia das expressões sexuais, o que interessa é determinar os movimentos pulsionais e os processos identificatórios que levaram à construção daquela dinâmica psicosexual particular. Destarte, trabalhar nesta perspectiva é reconhecer que as manifestações da sexualidade traduzem uma criação particular e única de cada pessoa, o aspecto mais notável dos seres humanos é a singularidade psíquica de cada um.

3.2 Medo do abandono do parceiro e familiar pelo preconceito

Destarte, a capacidade de negociação pelo uso do preservativo entre as mulheres casadas ou de parceiro estável é ainda menor do que entre as mulheres com parceiros eventuais porque há a questão do medo do abandono, da desconfiança, do desrespeito pelo “homem”. O ideal de fidelidade pode-se supor que usar o preservativo é como estar mandando uma mensagem para o outro que agora pode haver infidelidade.

“Ele entrou na paranóia das drogas injetáveis desde que soube, não tomava medicação, mas cuidava da carga viral ...”

De acordo com Santos (2002) as dificuldades de adoção do sexo seguro entre as mulheres estão relacionadas com a dificuldade de negociação do uso do preservativo com seus parceiros, concordando com a idéia de que essa dificuldade está relacionada às relações de gênero que determinam as posições sociais a serem ocupadas por homens e mulheres, ou seja, a vulnerabilidade feminina ao HIV remete as questões sociais e relações patriarcais que ainda existem na atualidade.

Na fala de Libélula percebe-se o segredo que a mesma e o companheiro fazem em relação a sua infecção.

“Ele sabe do meu problema, ele não tem, os exames dele dão sempre negativo, a doença nos uniu mais. A família dele me apóia, mas não sabe do problema.”

Na fala da entrevistada verifica-se um temor muito intenso, o de falta de apoio e o de preconceito da família, pois para ela quanto menos pessoas souberem da infecção se sentirá mais protegida.

“Não planejo contar para mais ninguém, meus pais sabem e meu companheiro, basta. Não pretendo dizer pra mais ninguém.”

A estigmatização dos portadores de HIV leva-os ao isolamento por medo de sofrerem discriminações por parte de seus entes queridos, causando-lhes prejuízo nas suas relações interpessoais, como pode ser observado nas falas de Libélula.

“Tem muita gente que tem preconceito, por exemplo, vou na casa de alguém comer e uso uma colher, são capazes de guardar a colher só pra mim.”

3.3 Perda da identidade feminina por não amamentar seu bebê

Segundo Knauth (1999), há uma complexa situação a respeito da soropositividade, isto é, ter o vírus não quer dizer necessariamente perceberem-se doentes até não poderem amamentar seus filhos.

Barbosa (2001) refere que a amamentação foi durante muitos séculos uma prática natural das mulheres. O não amamentar para a mãe é descrito como um momento de dor e constrangimento no qual terá que renunciar a uma intenção prazerosa: amamentar.

Libélula demonstra em seu discurso a ambigüidade de seus sentimentos em relação à amamentação.

“Amamentação! Antes da gravidez eu já sabia que não poderia dar de mamar sendo portadora do HIV, na primeira gravidez fiquei muito frustrada por não poder amamentar. Sei lá... Os curiosos vão perguntar por que não dou o peito... Vou dizer que tenho anemia, vou falar qualquer coisa.”

Na sua explanação o ato de amamentar foi sentido como componente fundamental da função materna, não fazê-lo gerou sentimentos de culpa, pois o vínculo mãe-bebê estará fragilizado segundo seu entendimento. Amamentar tem importante papel simbólico, pois evidencia a qualidade desta mãe provedora, vinculante.

Foi observado despreparo em relação a lidar com as conseqüências físicas e emocionais da proibição da amamentação. Para minimizar esse sofrimento, ela recorria a alguns mecanismos de defesa, como os de compensação, projeção, racionalização e negação. Freud (1959), todas as defesas possuem em comum a proteção do ego contra as demandas instintivas do id.

Segundo Jung (2000), o ser mãe é considerado um conteúdo arquetípico, entendido como universal e composto de suas próprias características na qual uma delas é a amamentação, compondo assim o que se chama de “arquetipo materno”. Destarte, quando uma dessas características não é vivida o simbolismo não se completa, ocasionando um vazio mesclado a sentimentos de desvalia, de falha, de lacuna.

“O fato de não poder amamentar é o que me incomoda ...ver as outras dando o peito e eu não é o que vai ser mais difícil...”

Conforme a verbalização de Libélula percebe-se a falha que esta medida protetiva lhe causa, a substituição do leite materno pelo leite industrializado que é uma importante etapa do tratamento profilático da transmissão materno-infantil do HIV (Pluciennik, 2003), sentindo-se como uma mãe de segunda categoria por não poder alimentar com seu leite seu rebento.

IV CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este singelo estudo vem contribuir para a compreensão dos símbolos, crenças e práticas sobre a infecção pelo HIV em mulheres e sua conjugação com a gestação, complementa os estudos desenvolvidos na linha de pesquisa mulher, gênero, DST/Aids, na temática da transmissão vertical do HIV. Seus resultados abalizam para a necessidade de aprofundar elementos do discurso das mulheres, tais como a associação da soropositividade com a amamentação, levando à sua suspensão.

Destarte, como a gestação complementa a maternidade, a amamentação está fortemente associada à feminilidade. Entende-se que analisar a feminilidade de uma gestante na presença do HIV é importante para o enriquecimento teórico. O arquétipo materno se manifesta das mais diversas maneiras, dentro de uma simbologia própria.

A aids continua acarretando aos seus portadores estigma e preconceito e quando associada à gestação, revela para as mulheres um misto de sentimentos, por vezes conflituosos, destacando-se entre eles o medo e a culpa pela possibilidade de contaminar o bebê ou o companheiro soronegativo, aliada à possibilidade de se cuidarem utilizando os recursos terapêuticos que minimizam o risco de transmissão e melhoram sua qualidade de vida.

A intenção de ter filhos não se alterou nas mulheres em consequência da infecção pelo HIV. Destarte, a mulher sendo gestante soropositiva, devido ao risco de transmissão do vírus ao bebê através do leite materno não poderá vivenciar esta experiência tão significativa na vida das mulheres em todos os tempos.

A vulnerabilidade das mulheres diante do HIV que é evidenciado pelo atual perfil de casos de epidemia traz a tona também a fragilidade dos mecanismos para sua proteção, causada pelas enormes limitações das mulheres no espaço de suas relações pessoais, sua inferioridade econômica e social.

A atividade sexual é uma questão muito importante e está freqüentemente relacionada ao amor e à afetividade, e não somente à questão de procriação. Esses sentimentos românticos se contrapõem, na prática, às medidas preconizadas para a prevenção das DST/Aids.

Portanto, é necessário refletirmos sobre a feminilidade, sobre o amor romântico, sobre o gozo sexual, retirando a ênfase das discussões sobre a aids dos fluídos, bactérias e vírus que eventualmente estão presentes num ato sexual e direcionarmos nossas atenções para o prazer que todos os seres humanos, de um modo ou de outro, buscam em suas praticas sexuais.

Por derradeiro, isto significa que as estratégias de prevenção devem incidir principalmente sobre os contextos de encontro sexual entre homens e mulheres, tendo em conta que na maior parte das vezes este é constituído tanto pela assimetria de poder quanto pelas expectativas românticas que caracterizam as relações de gênero.

O difícil controle da epidemia de aids evidencia que uma repressão menos intensa não é garantia de satisfação pulsional e mostra quanto a sexualidade continua a ser um enigma. Considerando as vicissitudes afetivas do problema da contaminação, enfocamos especialmente a feminização da aids.

REFERÊNCIAS

Assoun, P. L. (1993). *Freud e a mulher*. Rio de Janeiro: Zahar.

Artigão, MB (1995) Considerações sobre a transmissão vertical. *Revista de Saúde Pública, li (1)* 142-148.

Rosário, M.; Ourique, A. da Silva, M.G. *O HIV e o corpo da mulher: A contaminação da imagem feminina*. Disponível em <http://www.aidscongress.net> (acessado em 20/11/2008.)

Arán, M. R (2001). Feminilidade, entre psicanálise e cultura: esboços de um conceito. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*. aqui deve ir o volume e o número. Só coloca a cidade quando é livro ou teses/dissertação (p.p.169-195)

Arán, M. R. (2001). *O avesso do avesso: feminilidade e novas formas de subjetivação*: Unpublished doctorial dissertation, Programa de Pós-Graduação em Medicina, Instituto de Medicina Social da Universidade estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

André, S. (1987). *O que quer uma mulher?* (D. Estrada, Trans.). Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar Editor. (original published in 1975)

Ayres, J.R., França Jr., I., Calazans, G., & Saletti Filho, H. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In R.M. Barbosa & R. Parker (Eds.) (1999). *Sexualidades pelo avesso. Direitos, identidades e poder* (pp. 49-72). Rio de Janeiro: IMS/UERJ

Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (2007) from [http:// www.abiaids.org.br](http://www.abiaids.org.br) (acessado em 26/11/2008).

Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.). São Paulo, Brasil: Edições 70/ Livraria Martins Fontes. (original published in 1977)

Birman, J. (2001). *Gramáticas do erotismo – a feminilidade e as formas de subjetividade*. São Paulo, Brasil: Civilizações Brasileiras.

Birman, J. (2001). *Mal estar na atualidade*. São Paulo, Brasil: Civilizações Brasileiras.

Bleichmar, H. (1984). *Introdução ao estudo das perversões-teoria do Édipo em Freud e Lacan*. (E. Diehl, Trans.) Porto Alegre: Artes Médicas.

Camargo, M. G (2004). *A Aids e a constituição do feminino*: Unpublisehd master's thesis, Programa de Pós - Graduação em Educação, Faculdade Estadual de Campinas. São Paulo, Brasil.

Conselho Federal de Psicologia (2000) *Resolução nº. 016/2000*, de 20 de dezembro de 2000. Brasília, DF.

Comissão de Cidadania e Direitos Humanos (1996). *Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus HIV/AIDS*. Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul: Relatório Azul.

Freud, S. (1969). Análise terminável e interminável (M.A.M. Rego, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição Standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 225-270). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1937)

Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago.

NUDIF - Núcleo de estudos em Infância e Família (2005a). *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, UFRGS. (Unpublished document).

NUDIF - Núcleo de estudos em Infância e Família (2005b). *Entrevista sobre a Geração em Situação de Infecção pelo HIV/AIDS*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, UFRGS. (Unpublished document).

NUDIF - Núcleo de estudos em Infância e Família (2006). *Entrevista de Dados Sócio Demográficos da Família*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, UFRGS. (Unpublished document).

Piccinini, C.A., Carvalho, F.T., Ramos, M.C., Gonçalves, T.R., Lopes, R.C.S., Hugo, C.N., Almeida, S., & Rossetti, M.L. (2005). *Aspectos psicossociais, adesão ao tratamento e saúde da mulher no contexto do hiv/aids: contribuições de um programa de intervenção da gestação ao segundo ano de vida do bebê*. UFRGS/CEARGS/CDCT, Porto Alegre. Unpublished Project.

Stake. R. E. (1978). *The Case study method in social inquiry*. Educational Researcher, v.7, n.2, p.5-8

Stake. R. E. (2000). Case studies. In: Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. (ed.) *Handbook of qualitative research*. London: Sage, , pp. 435-454.

Fundo do Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (2007) from <http://www.undp.org.br>.

Organização Mundial de Saúde (1990) from <http://www.who.int/es>

Anexo A

Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico Centro de Estudos de AIDS e DST do Rio Grande do Sul Hospital Nossa Senhora da Conceição

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (NUDIF, 2005)

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

Nome resumido: Maternidade e Saúde da Mulher

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

Ao participar, você realizará os procedimentos descritos abaixo:

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

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

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

A tua participação é voluntária e gratuita. O projeto contribuirá com as despesas de deslocamento para as entrevistas e demais procedimentos. Assim, pelo presente Consentimento, eu _____ declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa.

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao atendimento dispensado na minha instituição de atendimento. Entendo que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade.

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

Data: / /

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Anexo B

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

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

Informações sobre a Gestante:

Nome: _____

Data de

Nascimento: _____ Idade: _____

Escolaridade (ano concluído): _____

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

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

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

Quem mais mora na casa? _____

Quantas peças possui a casa? _____

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

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

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

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

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

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

Grupo étnico: _____

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

Com quantos meses tu estás de gestação? _____

Como está a tua saúde durante a gravidez? _____

Há quanto tempo tens HIV? _____

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

Informações sobre o pai do bebê:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Escolaridade (ano concluído): _____

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

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

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

Grupo étnico: _____

Tem outros filhos? _____

Endereço para contato:

Endereço: _____ Ponto de referência: _____

Cidade: _____ Vale-transporte que utiliza: _____

Telefone: _____

Telefone do emprego da gestante/contato: _____

Telefone do emprego do marido/contato: _____

Telefone de parente/amigo para contato: _____

Data da entrevista: _____

Anexo C

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

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

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

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

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

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

- Há quanto tempo tu tens o vírus?
- Qual foi a provável forma de infecção?
- Como foi receber a notícia da infecção pelo HIV? Tu imaginavas o diagnóstico positivo? Como te sentiste?
- Na ocasião, tu tinhas algum companheiro? Como foi a reação dele? Ele também tinha a infecção?

- Aquele teu companheiro é o atual pai do bebê?

(Se sim): Como o HIV tem afetado a vida dele? E a relação de vocês?

(Se não é o mesmo): O pai do bebê também tem a infecção? Como o HIV tem afetado a vida dele?

E a relação de vocês?

- E a tua família sabe que tu tens o vírus?

(Em caso afirmativo): Como foi a reação dos teus familiares frente à notícia?

- A relação com a tua família foi afetada pelo fato de tu teres HIV? Em que foi afetada? Como te sentiste?

(Em caso negativo): Tu pensas contar para eles? O que tu espera deles?

- O que mudou na tua vida com o diagnóstico positivo para HIV?

Quanto o HIV tem afetado a tua vida?

(Se já tinha o vírus antes de engravidar):

- Como foi para ti engravidar sabendo que tinha o vírus? Como te sentiste?
- O fato de saber do vírus influenciou a tua vontade de ser mãe? Como influenciou? (Se não sabia do vírus antes de engravidar):
- Como foi para ti estar grávida e ficar sabendo do vírus? Como tu te sentiste?
- O fato de saber do vírus influenciou a tua vontade de ser mãe? Como influenciou?
- Que informações tu tens sobre HIV/Aids? Como obtivestes essas informações?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Quem tu esperas que vá te ajudar?

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

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

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

- O que tu já sabes sobre o bebê?

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

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

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

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

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

- E o pai do bebê, interage com ele?

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

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

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

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

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

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

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

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

- E como vai ser se ele tiver resultado negativo?

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

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

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

- Como tu estás te sentindo como mãe neste momento?

- Tu estás tendo alguma dificuldade?

- Como tu descreverias uma boa mãe?

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

- Como ela é/era como mãe?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Tu já sabias disto? (Se não sabia que não deve amamentar ao seio):

Como tu te sentes ao saber que não poderás amamentar o teu bebê ao seio?

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

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

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

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

- Na tua família, as mulheres costumam amamentar? Elas sabem que tu não poderás amamentar? (Se tiver outros filhos): Como foi a tua experiência de alimentação com teus outros filhos?

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

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

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

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

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

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

- Na tua família, as mulheres costumam amamentar? Elas sabem que tu não poderás amamentar? (Se tiver outros filhos): Como foi a tua experiência de alimentação com teus outros filhos?

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

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

- Em que aspectos tu pensas que ocorrerão mudanças?

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

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

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

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

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

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

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

- O que tu não gostarias para ele(a)?

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

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