



**EXPECTATIVAS E SENTIMENTOS DE MÃES PORTADORAS DO HIV/AIDS
FRENTE À RECOMENDAÇÃO DE NÃO-AMAMENTAÇÃO**

Cristina Neves Hugo

Dissertação de Mestrado

Porto Alegre, 2007.

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**EXPECTATIVAS E SENTIMENTOS DE MÃES PORTADORAS DO HIV/AIDS
FRENTE À RECOMENDAÇÃO DE NÃO-AMAMENTAÇÃO**

Cristina Neves Hugo

**Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia,
sob Orientação da Prof^ª. Dr^ª. Rita de Cássia Sobreira Lopes**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-graduação em Psicologia
Setembro, 2007.**

Dedicatória

*Dedico essa dissertação em memória às minhas muito amadas e saudosas
mãe, Maria Olinda, e tia, Delzira Conceição – Tia Negra,
que estariam muito orgulhosas de mim.*

Agradecimentos

Às mulheres que participaram dessa pesquisa de forma voluntária. Não tenho palavras que descrevam o quão grata sou a elas. Mesmo sem conhecerem a mim ou às minhas colegas, elas falaram abertamente sobre suas histórias de vida, gestação, alegrias, seus medos e anseios, mesmo tendo um vírus que ainda gera muito preconceito.

Ao CNPq, pela bolsa de Mestrado.

À Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Sobreira Lopes por ter aceitado ser minha orientadora e por ter concordado com a escolha do tema do HIV/Aids. Pelos ensinamentos, pelo apoio essencial na interpretação e discussão dos resultados, e pela constante disponibilidade e paciência.

Ao Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini por ter despertado em mim a apreciação pela pesquisa na disciplina de metodologia, na graduação, em 1999, e pela coordenação do projeto de pesquisa *“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”*.

Às colegas de projeto de pesquisa, Evelise Rigoni, Fernanda Torres de Carvalho e Tonantzin Ribeiro Gonçalves, por toda a parceria e disponibilidade, na idealização, escrita e execução do estudo longitudinal.

À equipe do Serviço de Infectologia do Grupo Hospitalar Conceição, por ter sido sempre solícita e por ter fornecido valiosíssimo apoio. Ao Dr. Breno Riegel Santos minha gratidão por permitir a execução global do projeto. Ao Dr. Edmundo Cardoso meu agradecimento pela constante troca de conhecimento. À Enfermeira Maria de Lourdes e às Técnicas de Enfermagem Maria Salete e Nair sou muito grata pela constante prontidão em atender às minhas necessidades para execução da pesquisa e pelo carinho em todos os momentos.

À Prof^ª. Dr^ª. Cleonice Alves, por ter sido minha orientadora de iniciação científica, de 2001 a 2005, tendo me ensinado muito do que sei a respeito de pesquisa, e por ter sido uma companheira fundamental durante toda a graduação. E pelo aceite em ser a relatora da banca avaliadora dessa dissertação.

Às Prof^ªs. Dr^ªs. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha e Maria Lucia Tiellet Nunes, pela composição da banca e contribuições desde o projeto.

Ao Alziro dos Santos e à Angeli Marasá pela disponibilidade, prontidão e bom humor em quebrar muitos galhos para mim.

À Secretária Margareth Bianchessi, pela constante disponibilidade.

À Dr^ª. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos e a Ms. Cirlei Célia Gomes Moreno por me disponibilizarem seus estudos, sobre o mesmo tema do meu.

Ao meu pai, Gilberto Hugo, pelo apoio incondicional, para qualquer coisa que eu precise, em toda a minha vida.

Ao meu irmão, Fernando Neves Hugo, pela ajuda, apoio, incentivo e admiração *full time*, seja em Porto Alegre, Farroupilha, Piracicaba ou Chicago.

À minha cunhada Juliana Balbinot Hilgert, por toda a força, todo o apoio, pelos esclarecimentos em estatística, por me ajudar a me situar quando eu queria fazer certas desistências, em Porto Alegre ou desde Farroupilha ou Chicago.

À minha tia e madrinha Alzira Ferreira Neves por estar sempre disposta a me ajudar e por ser minha fã incondicional.

À minha avó, Leonor Roncatto, que para mim é um exemplo.

À minha querida e saudosa tia Delzira Conceição, que infelizmente partiu nessa reta final, o que me abalou muito. O que conforta é saber que ela deixou comigo a certeza de que sempre se orgulhou de tudo o que a “filha” aqui sempre fez.

Às minhas tias Rosa Maria Neves Souza e Thereza Neves da Silva, por todo o carinho e admiração e por tentarem suprir, junto às outras tias, um pouco a ausência da minha mãe.

Ao meu melhor amigo, colega de graduação e, desde o final de 2006, meu amado namorado, Daniel Tavares Duarte de Oliveira, por estar comigo em tantos momentos importantes desde 1999, por me amar, tolerar minhas chatices, e por me dar uns puxões de orelha necessários.

Às minhas queridas amigas Cibele Gralha Mateus, Cláudia Scapin Cittolin, Vanessa Casarin Shütz, Fernanda Freitas Ribas, Leda Pibernat Pereira da Silva, Gabriela Costa Salazar, Gabriela Sammarco, Tanise Gralha Mateus, Karina Curotto Prado, ao querido amigo Paulo Azevedo Soave, e às amadas primas Aline Neves da Silva, Isabel Neves Souza Lima e Letícia Neves Souza agradeço enormemente o apoio externo, na companhia em momentos essenciais à minha vida.

Às minhas colegas de mestrado, Camila Guedes Henn e Joice Cadore Sonego, por terem sido uma ótima companhia e por terem se tornado queridas amigas.

É melhor ser alegre que ser triste
Alegria é a melhor coisa que existe
É assim como a luz no coração
Mas pra fazer um samba um samba com beleza
É preciso um bocado de tristeza
É preciso um bocado de tristeza
Senão, não se faz um samba, não
(“Samba da Benção” - Vinícius de Moraes & Baden Powell, 1962)

SUMÁRIO

	Página
CAPÍTULO I	
INTRODUÇÃO.....	14
1.1. Amamentação.....	14
1.1.1. Amamentação: aspectos emocionais.....	14
1.1.2. Amamentação: aspectos antropológicos, históricos e sociais....	16
1.1.3. Amamentação e saúde.....	20
1.1.4. Amamentação e políticas públicas.....	21
1.2. Amamentação e HIV/Aids.....	22
1.2.1. Amamentação e HIV/Aids: aspectos históricos.....	23
1.2.2. Amamentação e HIV/Aids: até onde se pode mensurar os aspectos da relação risco-benefício?.....	25
1.2.3. Amamentação como via de transmissão vertical do HIV/Aids: discussões sobre as terapêuticas realizadas.....	29
1.2.4. Amamentação e sua substituição: vivência materna.....	31
1.3. Justificativa e Objetivos.....	34
CAPÍTULO II	
MÉTODO.....	36
2.1. Delineamento.....	36
2.2. Participantes.....	36
2.3. Procedimentos.....	36
2.4. Materiais e instrumentos.....	37
2.5. Análise dos dados.....	37
2.6. Aspectos éticos.....	38

CAPÍTULO III

RESULTADOS.....	40
3.1. Caso 1: Jaqueline.....	40
3.1.1. Histórico.....	40
3.1.2. Expectativas durante a gestação.....	41
3.1.3. Sentimentos no 3º mês de vida do bebê.....	44
3.2. Caso 2: Inês.....	47
3.2.1. Histórico.....	47
3.2.2. Expectativas durante a gestação.....	48
3.2.3. Sentimentos no 3º mês de vida do bebê.....	49
3.3. Caso 3: Helena.....	51
3.3.1. Histórico.....	51
3.3.2. Expectativas durante a gestação.....	53
3.3.3. Sentimentos no 3º mês de vida do bebê.....	55
3.4. Caso 4: Janaína.....	56
3.4.1. Histórico.....	57
3.4.2. Expectativas durante a gestação.....	58
3.4.3. Sentimentos no 3º mês de vida do bebê.....	59
3.5. Caso 5: Mariana.....	61
3.5.1 Histórico.....	61
3.5.2 Expectativas durante a gestação.....	62
3.5.3 Sentimentos no 3º mês de vida do bebê.....	64
3.6. Caso 6: Fabiana.....	72
3.6.1. Histórico.....	72
3.6.2. Expectativas durante a gestação.....	74
3.6.3. Sentimentos no 3º mês de vida do bebê.....	75

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO.....	80
4.1. Histórico das Participantes.....	81
4.2. Expectativas durante a Gestação.....	82
4.3. Sentimentos no 3º Mês de Vida do Bebê.....	86

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS.....	93

ANEXOS

Anexo A. Acontecimentos no Contexto da Transmissão Vertical do HIV/Aids através da Amamentação (1982-2007).....	99
Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	104
Anexo C. Entrevista de Dados Demográficos.....	105
Anexo D. Entrevista sobre a Experiência da Maternidade em Situação de Infecção pelo HIV (Gestação).....	106
Anexo E. Entrevista sobre a Experiência da Maternidade em Situação de Infecção pelo HIV (3 meses do bebê).....	107
Anexo F. Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê e a Interação Mãe-bebê no Contexto da Infecção Materna pelo HIV.....	109

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Características Gerais das Participantes.....	37

Resumo

Investigaram-se as expectativas e os sentimentos de mães portadoras do HIV/Aids frente à recomendação de não-amamentação. Realizou-se um estudo de caso coletivo. Participaram 6 mulheres, com idades entre 19 e 34 anos, recrutadas em um serviço público, que foram entrevistadas em dois momentos: gestação e três meses de vida do bebê. Análise de conteúdo foi realizada a partir de 3 categorias: Histórico, Expectativas Durante a Gestação e Sentimentos no 3º Mês de Vida do Bebê. Ressaltam-se as implicações emocionais, da recomendação de não-amamentação. Sugere-se que as preocupações e as ansiedades em relação à não-amamentação ficam exacerbadas em função do contexto de infecção, em especial quando se considera o estado especial em que se encontram, de Preocupação Materna Primária e Constelação da Maternidade. Sugere-se um acompanhamento para mulheres que passam por essa situação e orientação às equipes de saúde que atendem a essa população.

Palavras-chave: Amamentação; HIV/Aids; expectativas maternas; sentimentos maternos.

**Expectations and Feelings of HIV/Aids Mothers with Respect
to the Recommendation for Non-breast Feeding**

Abstract

The expectations and feelings of HIV/AIDS mothers with respect to the recommendation for non-breast feeding were investigated. A collective case-study was carried out. Six women, aged 19 to 34 years old, recruited in a public health facility were interviewed at two different moments: during the gestational period and in the child's third month. Content analysis was performed based on three categories as follows: history, expectations during gestational period and feeling in the third month after the baby was born. Emotional implications, especially those related to motherhood experience, were evident. It is suggested that the concerns and anxieties related to the non-breast feeding recommendation were intensified due to the infection's context, in special when there peculiar state of primary maternal preoccupation and motherhood constellation is taken into account. Provision of proper care to the women going through this situation, as well as guidance to the health care personnel and infected women, are recommended.

Keywords: Breast feeding; HIV/Aids; mother expectations; mother emotions.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 Amamentação

O momento do aleitamento, seja ao seio, seja com substitutivo, tem sido considerado importante pela literatura psicológica no que se refere ao desenvolvimento emocional dos bebês e ao incremento da relação mãe-criança. Diversas áreas do conhecimento dão atenção à amamentação, dentre as quais, psicologia, psicanálise, sociologia, antropologia, medicina (pediatria, puericultura, ginecologia e obstetrícia, saúde pública, saúde da família, imunologia, infectologia, nutrologia), enfermagem, nutrição, política e economia. Entende-se nenhuma destas perspectivas, de forma isolada, dá conta da fundamentação teórica necessária para se atingir o objetivo do presente estudo, que é investigar e compreender expectativas e sentimentos de portadoras de HIV/Aids frente à recomendação de não amamentar. Diante disso, conceitua-se a amamentação sob essas perspectivas.

1.1.1 Amamentação: Aspectos emocionais

A amamentação é considerada um momento de zelo da mãe com seu filho, permitindo o contato físico entre eles, a fim de suprir a fome do bebê e a necessidade de contato, de segurança e de conforto entre a dupla. Nesse sentido, Brazelton (1992/1994) postula que, desde a primeira vez que a mãe conduz o bebê ao seu seio, ela sabe, de forma instintiva, que assim como o leite, as mensagens de amor transmitidas nesse momento são importantes para ele. Para o autor, o alimento é fundamental para a qualidade de vida futura do bebê e o afeto recebido é tão importante quanto o próprio nutriente. Então, a forma como o bebê é alimentado é muito importante para o seu desenvolvimento como um todo.

Dentro da perspectiva teórica do desenvolvimento emocional e físico da criança no ambiente em que ela vive, Winnicott (1968/1999) fez alguns apontamentos acerca da alimentação dos bebês. O autor salientou que não estaria interessado em fomentar incentivos à amamentação, embora considerasse essa prática como natural, o que provavelmente a fundamentaria de forma positiva. Assumia ser indiscutível que muitos sujeitos teriam se desenvolvido de forma satisfatória sem terem experimentado a

amamentação, o que o levou a entender que haveria outros modos pelos quais o bebê experimentaria um contato físico íntimo com sua mãe.

Para Winnicott (1968/1999), do ponto de vista da saúde mental, se a mãe agisse de forma adequada na alimentação, estaria criando os fundamentos da força de caráter e da riqueza da personalidade do indivíduo. Entendia que, a partir de uma base positiva, o indivíduo teria, com o passar do tempo, a oportunidade de lançar-se no mundo de uma forma criativa, e de desfrutar e usar tudo o que lhe é oferecido, inclusive o legado cultural.

Dentro dessa perspectiva, Winnicott (1968/1999) entendia que a amamentação seria, com certeza, uma pequena parcela, ou seja, uma pessoa começaria bem sua vida quando os recursos ambientais de que pudesse dispor fossem suficientemente bons. Entretanto, apenas amamentar não garantiria nada. O autor postulava que, com relação aos cuidados prestados ao bebê, segurá-lo e manipulá-lo seriam mais importantes, em termos vitais, do que a experiência concreta da amamentação. Assim, mais significativo do que sugerir que as mães amamentassem, estaria a necessidade de estimularem a confiança em si próprias, independentemente do uso do seio ou da mamadeira. O autor entendia que, nos casos em que os bebês não pudessem ser amamentados, haveria maneiras alternativas que poderiam possibilitar às mães algum tipo de intimidade física com os filhos. Assim, ele reconhecia o valor positivo da amamentação, mas não a considerava absolutamente essencial, não se devendo insistir em sua prática, quando a mãe tivesse alguma dificuldade pessoal. Com relação ao uso da mamadeira, muitos dos aspectos importantes da situação de amamentação permaneceriam. O exemplo mais marcante seria o olhar nos olhos entre mãe e bebê, que é uma característica do início da vida e que não depende do uso do seio.

Winnicott (1968/1999) apontou para o valor contido na experiência da alimentação, pois com ela vislumbrar-se-ia um bebê vivo e desperto, salientando que no início da vida grande parte da vigília do bebê estaria voltada para esse momento. Assim, o autor considerou que o exame da experiência de amamentação de um bebê deveria contemplar, primeiramente, a riqueza da experiência e do envolvimento total da personalidade.

Maldonado, Dickstein, e Nahoum (1996) postularam que o momento de mamar seria uma das oportunidades de interação, e no qual o bebê deveria receber o leite e também aconchego e contato. Ainda, que o filho alimentado ao seio poderia se vincular diretamente ao corpo da mãe, vivenciando intimidade e integrando sensações de ser alimentado e de

sentir o calor, o cheiro e o afeto maternos. A afetividade que seria estabelecida entre a dupla poderia ser influenciada pelo tempo que o bebê passaria junto ao corpo da mãe, tendo maior oportunidade de contato olho a olho e de trocar sorrisos, por exemplo. Então, essa forma de nutrir se configuraria como de aprofundamento na ligação entre a díade.

Apesar de considerarem mais rico amamentar ao seio, Maldonado et al. (1996) defendem que a mulher que amamenta não é necessariamente uma mãe boa. Eles consideram que dar leite no seio é apenas uma das oportunidades de aproximação e de contato íntimo entre a díade, mas seria possível uma relação de amor quando o bebê é alimentado com a mamadeira. Como precauções, os autores salientam que aquelas que optassem pela mamadeira deveriam estar atentas ao momento em que o bebê é alimentado, para que este não fosse um momento mecânico, realizado por qualquer pessoa e/ou de qualquer jeito.

Nesta mesma linha, Assis (2004) entende que o aleitamento promoveria fortalecimento físico e também psicológico. Ao amamentar, a mãe transmitiria ao bebê experiências emocionais que seriam para o psiquismo equivalentes as substâncias bioquímicas para o organismo. Essas substâncias psíquicas iriam compor a personalidade da criança, seu modo de ser e apreender o ambiente. O aleitamento construiria uma “imunidade” contra alguns males emocionais, na medida em que contribuiria para o fortalecimento psíquico da criança. Por fim, a alimentação seria tanto fonte de gratificações, envolvendo aconchego, carinho, abraço, calor, saciedade da sede de amor, como de experimentações de dores primordiais, incluindo frustração, falta, ausência e rejeição.

Com relação aos aspectos emocionais da amamentação comentados, depreende-se que, acima do ato mamar no seio, estaria a forma como a mãe se colocaria nessa situação. Assim, entende-se que o tom que ela dá a esse momento, usando o seio ou a mamadeira, seria o que de fato faria a diferença para o desenvolvimento emocional.

1.1.2 Amamentação: Aspectos antropológicos, históricos e sociais

No que diz respeito aos aspectos históricos da amamentação, é essencial citar a feminista Elisabeth Badinter, que questionou a tradicional idéia de que o amor materno seria inato. A autora traçou um panorama com relação à maternidade na Europa nos últimos

séculos, contemplando, entre vários aspectos, as posturas sociais e femininas frente à amamentação.

Segundo Badinter (1980/1985), no século XVI muitas mulheres não queriam sacrificar sua vida social para criar seus filhos, sendo a recusa ao aleitamento sua primeira atitude, deixando esta função para amas-de-leite. Entre as justificativas para esse ato, estavam a de que a amamentação seria ruim para o físico da mãe, além de pouco conveniente. Explicações esdrúxulas eram mencionadas, por exemplo, que seria benéfica a permanência do leite no corpo materno. Algumas mães afirmavam que seus corpos eram frágeis e que ficariam mais debilitados se o usassem para alimentarem os bebês e a prática atingia a beleza, pois deformaria o seio. Badinter ressaltou que muitas famílias, em especial as mais abastadas, achavam pouco digno que uma mulher amamentasse seu próprio filho e se o fizessem, isso equivaleria a confessar o não pertencimento ao melhor da sociedade. A amamentação chegou a ser considerada ridícula e repugnante. Era tido como vulgar a mulher que tirasse o seio para alimentar o bebê, por isso, era necessário que aquela que o fizesse se afastasse e se escondesse das outras pessoas e do próprio marido. Os cônjuges acreditavam que a amamentação era um atentado à sua sexualidade e lhes restringia o prazer. Era comum os médicos afirmarem a necessidade de abstinência sexual durante gestação e aleitamento, supondo que o esperma azedaria o leite.

Badinter (1980/1985) considerou o século XVIII como o início de uma era de provas de amor, tendo sido a vontade de amamentar os filhos o primeiro indício de uma mudança do comportamento materno. Ao contrário do que se considerava antes, nessa fase eram tidas como modernas aquelas mães que amamentavam somente seu próprio filho, recusando-se a aceitar outros. A presença de terceiros colocaria em perigo a saúde de seu bebê, privando-o do leite materno, e isto se constituiria como uma intrusão indesejável. Um fato concreto que influenciou essa postura foi um surto de sífilis, em 1780, que fez com que algumas mulheres temessem pela saúde de seus filhos e optassem por elas mesmas os amamentarem, e não mais as amas-de-leite.

Já sobre o século XX, Badinter (1980/1985) aponta para a importância das contribuições de autores que dedicaram escritos sobre o tema da amamentação, enfatizando Sigmund Freud, Melanie Klein e Donald Winnicott. A autora entendeu que estes psicanalistas fizeram contribuições benéficas e outras tantas questionáveis sobre o assunto.

Uma grande crítica recairia sobre suprir a demanda do bebê de forma livre, até o desmame, prejudicando o retorno das mulheres ao trabalho. A partir de Badinter, podemos supor que a amamentação tem tido valores diferentes entre as épocas e as sociedades, sendo dinâmica, portanto, não pode receber significados definitivos.

Com relação a artigos nacionais sobre a amamentação, podemos destacar dois resgates históricos sobre o tema, que são relevantes à presente pesquisa. Rea (1990) publicou uma revisão sobre os substitutos do leite materno na história da humanidade, encontrando indícios de que em 888 a.C. se usava um objeto similar à mamadeira. A autora descreve a evolução industrial do leite, apontando a fábrica Nestlé e as questões de mercado como as responsáveis pela proliferação mundial do uso de leite em pó, cujo ápice ocorreu na década de 1970. Rea concluiu que jogadas de *marketing*, bem como parcerias com os médicos, teriam viabilizado a indústria dos substitutos do leite e o aceite do produto entre as mulheres e a sociedade como um todo. A autora legitima a importância desse tipo de alimento, dada sua utilidade em casos em que a mãe não pode amamentar. Entretanto, enfatiza a importância da substituição de forma cautelosa e apenas para os casos em que realmente fosse a única saída.

Outro estudo de revisão foi desenvolvido por Bosi e Machado (2005). As autoras encontraram indícios do aleitamento artificial e dos tabus ligados à amamentação ao longo da história. Por exemplo, no código Hammurabi (1800 a.C.), nas heranças artísticas das civilizações gregas, hebraicas e medievais. As autoras lembram que sempre existiram orfanatos e que crianças órfãs ou abandonadas conseqüentemente tinham que ser alimentadas, supondo-se, assim, a necessidade de substituição do seio da mãe. No Brasil, os índios tupinanbás permitiriam somente que a própria mãe amamentasse seu bebê, e isso se estenderia até um ano e meio de idade. Ainda em nossa história, sabe-se que os jesuítas mantinham instituições para criar órfãos. As autoras também falam das amas-de-leite, assim como Badinter (1980/1985) e Rea (1990).

De acordo com Bosi e Machado (2005), no Brasil, após um período de forte incentivo médico e comercial do uso do leite em pó entre as décadas de 1940 e 1970, passa a ocorrer, em 1981, o resgate do aleitamento materno exclusivo, através do Programa Nacional de Aleitamento Materno. As autoras ainda mencionam outros programas, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), os Bancos de Leite Humano e os Cursos de

Aconselhamento, entre outros. Elas lembram que todos os programas sofreram resistências iniciais, pois alteravam as rotinas dos serviços, estando hoje consolidados e seus objetivos têm sido alcançados, dados os altos índices de amamentação atingidos.

Segundo Bosi e Machado (2005), a amamentação envolveria características psicológicas, nutricionais, imunológicas, de favorecimento de vínculo (quando a mãe vivesse bem o ato de amamentar), entre outras. Também seria uma relação humana, inscrita na cultura e submetida à esfera social. Elas apontam que a literatura trata a amamentação sob uma perspectiva predominantemente biológica, sem considerar de forma adequada como as mulheres percebem a experiência, bem como os desejos e expectativas nos planos objetivo e simbólico, e as dificuldades culturais e imaginárias. De acordo com as autoras, é comum responsabilizar mulheres que não amamentam pela morbidade e mortalidade de suas crianças. Ainda, entendem que o valor atribuído ao leite materno sempre apresentou constantes flutuações, o que as leva a considerar a amamentação como um fenômeno sócio-histórico.

Bosi e Machado (2005) concluem que cabem às mulheres as decisões e a prática da amamentação, mas chamam a atenção para que sejam compreendidos os determinantes sociais da experiência, bem como as possibilidades e os desafios. As autoras sugerem que os profissionais em conjunto com as mães encontrem formas para superar as dificuldades, sem usarem linguagens pouco claras, estando atentos a verbalizações que possam levar à culpa por não amamentar, tanto por causas objetivas, quanto subjetivas.

Com relação aos significados atribuídos à amamentação em diferentes culturas, destacamos os estudos de Schmied e Lupton (2001), Van Esterik (2002) e Hauck e Irurita (2003). Os autores apontam a existência de uma distância entre os significados coletivos e os individuais da amamentação e que pouco tem sido considerado o posicionamento das mulheres sobre o assunto.

Em um estudo, Gonçalves e Bonilha (2005) investigaram nove mulheres com filhos de até 6 meses de idade, e os familiares que lhes ajudavam na alimentação dos bebês. A partir das entrevistas, as autoras derivaram crenças e práticas sobre a amamentação, o lactente e a nutriz. Em linhas gerais, foi constatado que existem crenças relativas aos benefícios à saúde do bebê, à praticidade, à economia e à afetividade nessa forma de nutrição. Ainda, parecia que os participantes tinham idéias que os faziam crer na obrigação

da mulher em amamentar. A valorização do ato de amamentar foi influenciada pela experiência de outras pessoas da família. Quanto às preocupações e o uso de outros alimentos, estavam a insegurança sobre sua qualidade, inferida a partir da aparência das fezes e das rejeições dos bebês. Por fim, as crenças sobre o corpo e o reflexo no leite apareceram com força nos resultados do estudo.

A partir de Badinter (1980/1985), Rea (1990), Bosi e Machado (2005) e Bonilha e Gonçalves (2005), depreende-se que a amamentação materna é complexa e envolve aspectos sociais, culturais, históricos e individuais. Assim, tudo o que se pensa sobre a mesma não é estanque e as práticas de um momento passam por diversas alterações, de acordo com o contexto. Portanto, os posicionamentos sobre a amamentação e seus substitutos estão em constante reformulações. Assim, sempre devem ser levadas em consideração as crenças e as práticas sobre a amamentação entre as mães, por estarem diretamente envolvidas.

1.1.3 Amamentação e saúde

O posicionamento do órgão das Nações Unidas para a saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a amamentação é aquele com maior influência sobre as políticas públicas sobre o assunto de diversos países. Segundo a OMS (2007), a amamentação é uma forma sem igual de prover o alimento ideal para o crescimento saudável das crianças e tem importantes implicações para a saúde das mães. A Organização considera que a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida seria a forma ideal de alimentar os bebês, e deveria ser mantida alimentos complementares até o 2º ano, ou mais. A fim de incentivar a manutenção desta exclusividade, a OMS e a Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) fazem algumas recomendações: na primeira hora de vida iniciar a amamentação, que deve ser exclusiva, ou seja, usar apenas leite materno e nenhum alimento ou líquido, incluindo água, esquema de livre demanda, isto é, oferecer quando a criança quiser, dia e noite e não usar mamadeiras ou outros substitutos.

O leite materno promove o desenvolvimento sensorial e cognitivo, e protege a criança contra doenças crônicas e infecciosas (OMS, 2007). Segundo a OMS (2007), a amamentação exclusiva reduz a mortalidade infantil causada por doenças infantis comuns, como diarreia ou pneumonia, e ajuda na rápida recuperação durante enfermidades. Com

relação aos benefícios para a mãe, estão o aumento no intervalo entre as gestações, a redução do risco de câncer de ovário e de mama, a segurança na alimentação e o não comprometimento financeiro (OMS, 2007).

Embora a amamentação seja relacionada à saúde, há casos em que ela pode representar risco às crianças. Por exemplo, algumas infecções da mãe podem levar ao impedimento temporário ou permanente da amamentação. Lamounier et al. (2004) revisaram as recomendações acerca da amamentação na vigência de infecções maternas por vírus, bactérias, fungos e protozoários e verificaram que somente se indica sua suspensão permanente quando a mesma é por HIV/Aids e Vírus T-linfotrópicos humanos tipo I (HTLV I). Os autores, que são médicos pediatras, entendem a dificuldade do profissional em recomendar que a mãe portadora do HIV/Aids não amamente seu bebê e prevêem que nem sempre a substituição é feita de forma segura. Contudo, enfatizam a importância de se fazer tal prescrição.

1.1.4 Amamentação e políticas públicas

A OMS desenvolveu alguns programas para promover, incentivar e manter a amamentação ao seio. Entre estes, encontram-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e os Alojamentos Conjuntos, os quais foram implantados no Brasil implantou alguns desses programas, instituindo os Alojamentos Conjuntos e implantando a IHAC, por exemplo.

Em nosso país, uma portaria de 1982 determinou a obrigatoriedade dos alojamentos conjuntos e aos poucos os mesmos foram sendo implantados aos poucos na rede de hospitais. Nessa forma de internação, mãe e bebê devem ficar juntos 24 h por dia, e um dos motivos é a estimulação da amamentação. Gonçalves (2005a, 2005 b) traz diversas considerações acerca das demandas de cuidados na dupla mãe-bebê na maternidade, sendo um guia a equipes de enfermagem maximizarem o aproveitamento da internação em Alojamento Conjunto.

Quanto a IHAC, a mesma foi criada em 1990, visando a fortalecer as práticas nas maternidades para apoiar a amamentação. O programa consta de 10 passos entendidos como necessários ao sucesso da amamentação, os quais incluem normas a serem transmitidas à equipe para informar, incentivar, manejar, ajudar, mostrar às mães tudo o

que se refere à amamentação e sua manutenção. Preconiza dar aos recém-nascidos somente o que o médico recomendar, praticar o alojamento conjunto e encorajar o aleitamento sobre livre demanda. Por fim, desaconselha o uso de bicos ou chupetas e sugere a formação de grupos de apoio à amamentação após a alta. Atualmente, cerca de 16 mil hospitais em 171 países seguem a iniciativa, dentre os quais, o Brasil. Por aqui, a Iniciativa foi implantada em 1992 e, desde então, 337 hospitais aderiram ao programa. (Fonte: www.unicef.org.br).

Wall (2001) avaliou materiais de campanhas de incentivo ao aleitamento que estavam em voga no Canadá no fim dos anos 1990 e verificou que a amamentação e sua aplicação prática eram consideradas como natural e intrínseca à maternidade e a divulgação era feita de forma simplista. A autora discute o quanto dar o seio ao filho pode ser difícil em países cuja amamentação não é uma prática cultural ou em que o seio sempre é visto como um objeto sexual, o que levaria ao constrangimento as mulheres amamentarem em público. Seu estudo discute os cartazes dispostos em unidades de saúde que tinham imagens de mães amamentando em locais públicos e com uma fisionomia de satisfação e tranquilidade, similarmente ao que pode ser observado no Brasil, alertando que nem sempre as situações retratadas são possíveis. Nesse sentido, podemos nos remeter à situação das Unidades Básicas de Saúde brasileiras. Nesses locais, são fixados às paredes cartazes com mulheres, incluindo atrizes famosas, amamentando e sorrindo, ao lado de outros voltados à prevenção do HIV/Aids e às pessoas portadoras, inclusive alertando para o risco de transmissão através do leite materno. Assim, uma vez que as campanhas de incentivo mencionam a importância do aleitamento materno, elas inevitavelmente atingem as mães que não podem amamentar, que podem sentir que deixam de dar o melhor alimento aos filhos e que os privam dessa complexa experiência.

1.2 Amamentação e HIV/Aids

Embora na maior parte das situações a amamentação seja benéfica para a díade mãe-bebê, algumas vezes ela pode representar um risco, como no contexto da infecção materna pelo HIV/Aids. Segundo Cardoso (2006), o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) quebrou paradigmas, dentre os quais, a necessidade de pediatras contra-indicarem a amamentação. O bebê pode ser contaminado, a mãe pode sentir-se culpada por arriscar transmitir verticalmente o vírus e pelos decorrentes

julgamentos sociais. Além disso, um aumento do número de casos de portadores pode aumentar na população, o que pode levar a conseqüências das quais não se tem a real dimensão.

1.2.1 Amamentação e HIV/Aids: Aspectos Históricos

Em 1982, quando o HIV ainda não tinha sido isolado e diferenciado de outros retrovírus, identificou-se três formas de contaminação do vírus da Aids: sangue, relações sexuais e de mãe para filho (Brasil, 2007). Atualmente, sabe-se que essa terceira é denominada vertical e pode ocorrer em quatro momentos, que são a gestação, o trabalho de parto, o parto e a amamentação (Brasil, 2007). O *Pediatric Aids Clinical Trial Group 076* (PACTG 076, 1994) foi um marco para os tratamentos profiláticos para evitar essa forma de transmissão (Cardoso, 2006) (para maiores detalhes, consultar o Anexo A).

Em 1985, foi publicado o primeiro artigo relatando um caso de transmissão materno-infantil após o nascimento, tendo-se inferido que isso teria acontecido através da amamentação (Ziegler, Johnson, Cooper, & Gold, 1985). Após esse relato, o entendimento sobre o processo de transmissão do HIV/Aids por esse meio aumentou exponencialmente (Read, 2003). Agentes infecciosos no leite materno, principalmente partículas virais e células maternas infectadas pelo vírus, são considerados fundamentais para a transmissão do vírus pela amamentação (Yamaguchi et al., 2007). Além disso, características maternas, como idade gestacional menor, maior quantidade de filhos, estágio da infecção viral de acordo com contagens de células T-CD4+, são fatores de risco, bem como anormalidades mamárias (Ex.: abscessos, mastites e lesões de mamilo) e candidíase oral no bebê (Read, 2003). Atualmente, a amamentação é considerada um risco adicional de transmissão (Coutsoudis, 2005a; Kourtis, Butera, Ibegbu, Belec, & Duerr, 2003).

Desde a tese proposta por Ziegler et al. (1995), têm-se discutido e pesquisado quais seriam as vantagens e desvantagens de mães portadoras do HIV/Aids amamentarem ou não seus filhos. Atualmente, a OMS preconiza que se deve evitar o aleitamento materno no contexto de infecção apenas quando a alimentação substitutiva for aceitável, viável, economicamente possível, sustentável e segura (World Health Organization, 2004). O mais comum é que países desenvolvidos desaconselhem a prática, enquanto aqueles em

desenvolvimento a mantenham devido aos custos e para evitar o aumento dos índices de morbidade e mortalidade.

A alimentação exclusiva tem sido considerada a forma mais segura de nutrir os bebês. Isto é, deve-se usar ou leite materno, ou substitutivo, pois a forma misturada deixaria o bebê com o organismo mais suscetível à contaminação, entre outras justificativas (Bland, Rollins, Coutoudis, & Coovadia, 2002). Com relação a esses aspectos, questiona-se o quanto seria possível manter uma forma única de alimentação, isto é, na prática, seria difícil que uma mãe conseguisse alimentar seu bebê apenas com o próprio leite. Nesse contexto, o desmame deveria ser abrupto, pois assim que se introduzisse um novo líquido ou alimento, a amamentação deveria ser cessada por completo. Nisso, há implicações tanto emocionais, quanto práticas e nutricionais.

Desde 1995, a postura do Brasil foi de que nenhuma mulher portadora de HIV/Aids deveria amamentar ou doar leite. A posição é firme: “Não amamentar. Alimentar o neonato com fórmula infantil. Em recém-nascido prematuro ou de baixo peso, que não possa ser alimentado com fórmula infantil, alimentar com leite humano pasteurizado, doado por um Banco de Leite reconhecido pelo Ministério da Saúde” (Brasil, 2006, p. 32). A fim de obter maior sucesso com essa recomendação, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a fornecer insumos em 1996, como leite em pó apropriado e medicação para a inibir a lactação (Brasil, 2005). É recomendado aos profissionais que informem às mães sobre os riscos de transmissão através do leite, a obtenção da fórmula e de seu preparo. E que apoiem a puérpera para que ela não se sinta discriminada por não amamentar (Brasil, 2006a). Recomenda-se o uso de medidas clínicas (compressão das mamas através de enfaixamento) e farmacológicas (cabergolina – fármaco redutor de prolactina) (Brasil, 2006a), logo após o parto, como formas de inibir qualquer comportamento materno que vise à prática da amamentação. Ainda nessa publicação, há recomendações para que os profissionais informem às gestantes portadoras de HIV/Aids sobre a não-amamentação, dela ou de qualquer outra mulher (aleitamento cruzado) desde o pré-natal. Quanto à vontade de amamentar, é recomendado ao profissional de saúde que apoiie “a mulher na ‘desconstrução da vontade de amamentar’ subsidiando por informações de como estabelecer, manter e fortalecer o vínculo afetivo com seu filho, orientando-a quanto ao preparo e administração da fórmula infantil e sobre a introdução gradativa de outros alimentos...” (Brasil, 2006a, p.

61). Por fim, é indicado que esse mesmo profissional a ajude a ter argumentos lógicos para poder explicar aos familiares e a outras pessoas visando à manutenção do sigilo de sua condição sorológica (Brasil, 2006a).

De 1982 até hoje, protocolos, leis e portarias foram publicados, todos contemplando a importância de mobilizar os envolvidos a evitar que as mães portadoras do vírus amamentassem seus bebês. No Anexo A são mencionados fatos que levaram à atual política brasileira sobre amamentação no contexto da infecção materna pelo HIV/Aids. A partir dos acontecimentos indicados no Anexo A, pode-se inferir que a recomendação em voga pode mudar, no caso de novos achados científicos, ou de modificações nas posições políticas. Um indício para uma mudança futura são os estudos recentes imunizar o bebê contra o HIV/Aids pelo leite materno, mas os dados ainda não são conclusivos (para maiores detalhes, ver Luzuriaga, Newell, Dabis, Excler, & Sullivan, 2006). Atualmente é indicado que nenhuma portadora do vírus amamente e, por isso, entendemos ser pertinente investigar como essas mulheres imaginam e vivem a substituição do seu leite para proteger seus bebês da contaminação.

1.2.2 Amamentação e HIV/Aids: Até onde se pode mensurar os aspectos da relação risco-benefício?

O OMS para a AIDS (UNAIDS) indica a não-amamentação *somente* quando os substitutos do leite materno forem aceitáveis, acessíveis, economicamente viáveis e seguros. No Brasil, entende-se que a política de saúde atende a essas condições e recomenda de forma veemente a substituição do leite materno por fórmula láctea, que é distribuída na rede pública até, no mínimo, o 6º mês do bebê (Brasil, 2006a). Todavia, esse país é um caso de exceção entre os países em desenvolvimento ao adotar essa posição, que é mais comum. No caso específico da prevenção da transmissão vertical, entende-se que essas medidas têm papel de evitar a instalação de uma doença incurável na criança, causadora de uma existência limitada, sofrida e/ou de morte prematura (Brasil, 2005a). É importante ressaltar que portadores de HIV/Aids adultos têm tido boa resposta ao tratamento com anti-retrovirais e outras medidas, sem o desenvolvimento da doença por muitos anos. Por outro lado, isso não acontece nos casos pediátricos, onde há a tendência ao sofrimento com os efeitos do vírus desde o nascimento, tanto por seus efeitos físicos, da

doença e das medicações, quanto pelas imposições de sofrerem de uma doença crônica desde a tenra idade (Cardoso, 2006). Ainda sobre os efeitos da contaminação pelo vírus nos pacientes infantis, deve-se levar em consideração que as deteriorações do sistema imune ocorrem num corpo em desenvolvimento (Negra, 2006). Segundo a autora, são várias as implicações clínicas, incluindo alterações em células de defesa diversas, infecções respiratórias, neoplasias, alterações digestivas, hepáticas, cardíacas, neurológicas e glandulares, manifestações orais, intestinais e gastro esofágicas, lesões dermatológicas, entre outras. Assim, fica claro que evitar a amamentação e fazer uma substituição adequada poupa a criança, as mães, e o próprio governo. Diante disso, pode-se entender que o cuidado em evitar a transmissão vertical através da suspensão da amamentação parece pertinente, pois a Aids infantil é severa. Na literatura, existem diversos estudos procurando reconhecer riscos e benefícios da amamentação nesse contexto. A maior parte deles enfoca os riscos de mortalidade infantil causados por diarreias e pneumonias que podem ser causados pela privação do leite materno, contudo, não citam a gravidade da Aids pediátrica.

A postura brasileira é alvo de críticas em diversos estudos revisados (Bland et al., 2002; Brahmbhatt & Gray, 2003; Coutsoydis, 2005a, 2005b, 2005c; Farquhar et al., 2001; Kourtis et al., 2003; Papathakis & Rollins, 2004), embora alguns autores (Ehrnst & Zetterström, 2003; Greiner, 2002; Kaijage, 1995; Leyenaar, 2004) entendam que uma decisão política não possa ser adotada universalmente em um país. A fim de esclarecer esses aspectos, discutem-se esses estudos.

Uma autora marcadamente enfática na discussão risco-benefício da prática da amamentação no contexto da AIDS é Anna Coutsoydis (Ex.: Bland et al., 2002; Coutsoydis, 2003, 2005a, 2005b, 2005c), da África do Sul. Essa autora defende de forma voraz a manutenção da amamentação em países pobres. Pesando-se a relação risco-benefício, preferir-se-ia o de não privar os bebês do leite materno, dada suas propriedades de nutrir e de prevenir contra diarreia e pneumonia, por exemplo. Coutsoydis (2005a) sustenta que a amamentação é um pilar importante da sobrevivência infantil e o jeito ideal para alimentar um recém-nascido. Além disso, a considera provedora de uma base biológica e emocional única para o desenvolvimento do bebê. Assim, a autora supõe que a amamentação deve ser incentivada em todas as ocasiões, inclusive na vigência da infecção materna pelo HIV/Aids, pois o leite materno é o melhor alimento que um bebê pode receber

em seus primeiros meses. E a taxa de transmissão em torno de 20% por essa via muito baixa para pôr a criança em risco de mortalidade.

Nesse mesmo sentido, Kourtis et al. (2003) discutem as propriedades de proteção e de infecção do leite materno, tentando estabelecer qual seria a mais importante. Os autores entendem que o leite materno funciona mais como protetor para diversas doenças do que como transmissor do HIV, mas incentivam que se estude mais a fundo a constituição bioquímica do líquido para que recomendações mais seguras sejam adotadas.

Farquhar et al. (2001) também tendem a ter essa opinião. Esses autores entendem que é importante se adquirir fórmula láctea quando há viabilidade financeira para isso. Os autores, entretanto, entendem que nos países pobres a aquisição do substitutivo é marcada por diversas dificuldades, dentre as quais, aquelas relacionadas ao dinheiro e à passividade na revelação do diagnóstico. Brahmhatt e Gray (2002) investigaram empiricamente as razões de grupo de mulheres portadoras de HIV/Aids para o desmame e para a opção pela não-amamentação. Entre os resultados, citaram a complexidade envolvida na amamentação. Os autores investigaram as vontades de mulheres portadoras do vírus durante a gestação quanto à prática da amamentação e verificaram que nem sempre as mesmas conseguiram as efetivar. Os autores constataram que é difícil uma mulher viver uma situação ideal que permita manter a exclusividade preconizada pela OMS, ou seja, é complicado alimentar o seu bebê apenas de uma forma e que as vontades nem sempre podem ser concretizadas. Por fim, Brahmhatt e Gray (2002) entendem que se for necessária uma opção, que seja pela amamentação.

Papathakis e Rollins (2004) realizaram um estudo cujo objetivo era investigar as propriedades nutricionais dos substitutivos do leite materno. Os autores verificaram que os mesmos estão muito aquém deste, concluindo que a não-amamentação é uma prática de risco para os bebês, mesmo com a eminência da contaminação pelo HIV/Aids.

Em linhas gerais, esses autores (Bland et al., 2002; Brahmhatt & Gray, 2003; Coutsoydis, 2005a, 2005b, 2005c; Farquhar et al., 2001; Kourtis et al., 2003; Papathakis & Rollins, 2004; Thior. et al., 2006) pressupõem a existência de barreiras intransponíveis nos países pobres, que impediriam uma substituição segura do leite materno. De forma aparentemente simplista, eles propõem que os bebês morreriam antes de diarreia e de pneumonia do que de AIDS, doença que teriam pouca chance de adquirir. Entretanto, há

outros pesquisadores (Ex.: Ehrnst & Zetterström, 2003; Greiner, 2002; Kaijage, 1995; Leyenaar, 2004) que salientam a existência de diferenças dentro de uma mesma população e sugerem que há situações em que é possível compensar de forma segura a privação do leite humano.

Greiner (2002), ao comentar o estudo de Bland et al. (2002), propõe que os pediatras dificilmente têm condições de fazer uma recomendação totalmente adequada quanto à prática alimentar com os bebês. Quanto aos protocolos divulgados pelo OMS, esse autor entende que sua aplicação deveria ser feita de forma mais responsável e que os componentes nutricionais das fórmulas lácteas deveriam ser estudados em mais profundidade.

Ehrnst e Zetterström (2003), em um comentário crítico a Coustoudis (2003), entendem que, em muitos casos, não há condições de higiene e saúde para se utilizar a fórmula láctea. Os autores discordam da universalização dos protocolos da OMS, considerando que os mesmos dividem as recomendações entre países pobres (amamentação) e ricos (substituição). Eles destacam que a lactação expõe constantemente o bebê ao contato com o HIV/Aids. Por fim, argumentam que é inconcebível generalizar a realidade da África do Sul, país de Coustoudis, para outros pontos do mundo.

Leyenaar (2004) parece ser uma das autoras mais radicais no que diz respeito à prática da amamentação na vigência da soropositividade materna para HIV/Aids. Sua tese é de que a AIDS é um dos problemas mais sérios que vivemos na atualidade e que todos os esforços deveriam ser feitos para que os riscos de contaminação fossem minimizados aos menores índices possíveis. Para Leyenaar (2004), ao optar pelo incentivo à amamentação no contexto da infecção, gestores de saúde de países pobres são irresponsáveis e não visualizam a real dimensão da proliferação do HIV/Aids e suas possíveis conseqüências catastróficas para um futuro próximo. Percebe-se, portanto, que o posicionamento dessa autora vai ao encontro daquele adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2004), o qual faz todos os esforços para que os riscos de transmissão, ao menos a vertical, sejam diminuídos ao máximo.

Cabe destacar um texto mais antigo, de Kaijage (1995), que aborda o caso de uma mãe portadora de HIV/Aids, pobre, de uma tribo africana, que encontra condições de substituir seu leite de forma segura. A autora descreve o empenho daquela mulher em achar

nutrientes em seu próprio meio que fossem bons para o seu bebê. Uma contribuição importante de Kaijage (1995) é para que se volte a atenção para os conhecimentos populares e culturais. Afinal, a necessidade de se realizar a substituição do leite materno não é, com certeza, uma novidade oriunda da pandemia da AIDS, conforme desenvolvido em seção anterior no presente estudo.

No Brasil, a amamentação é muito valorizada e incentivada, entretanto, rigidamente desaconselhada para portadoras do HIV/Aids. Diante dessa revisão, entende-se que a mensuração de riscos e benefício relacionados à amamentação no contexto do HIV/Aids é complexa, mas tem sido realizada de forma simplista quando se busca respaldo em números. Listam-se alguns aspectos que parecem ser desconsiderados pelos defensores da amamentação de forma universal nos países pobres. Um deles se refere ao estabelecimento de normas rígidas para todas as populações, desconsiderando realidades e possibilidades locais. Outro diz respeito à desvalorização da Aids pediátrica que, conforme pontuado, é séria e impõe diversas limitações e riscos aos enfermos. Outro . Efeitos sociais devem ser considerados, como o aumento do número de casos de uma infecção grave e que requer tratamentos constantes e caros e que poderia ser evitada. Parece pertinente questionar como países que ainda não resolveram os problemas de altos índices de mortalidade infantil por pneumonia e diarreia poderiam lidar com um aumento exponencial de casos de HIV/Aids, nas próximas décadas. Por fim, cabe salientar uma idéia de Cardoso (2006), que teríamos “doentes cuidando de doentes” (p. 178), já que mães e pais também seriam portadores.

1.2.3 Amamentação como via de transmissão vertical do HIV/Aids: Discussões sobre as terapêuticas realizadas

Quanto às previsões para os avanços da pandemia, Grassly e Garnett (2005) afirmam que a via da amamentação será a maior responsável pelos novos casos de transmissão vertical do HIV/Aids. Segundo os autores, o aumento da distribuição das drogas específicas para gestantes em diversos países do mundo estava sendo capaz de diminuir as taxas desse tipo de contaminação para 3% ou menos. Entretanto, quando se fala na amamentação, tanto pela pobreza que impede sua substituição, quanto pelas práticas culturais, há uma parcela de mulheres infectadas que estará fora do controle dos agentes de saúde que agem no sentido de erradicar alguns dos possíveis casos pediátricos. Ainda nesse

sentido, cabe trazer o alerta de Ortigão (1995) acerca da possibilidade de contaminação da mulher pelo vírus durante o período de lactação, o que não tem sido contemplado até hoje, nas campanhas.

De acordo com Feliciano e Kovacs (2003), embora haja no Brasil programas abrangentes de prevenção e tratamento da AIDS em diferentes esferas, há pouco empenho dos profissionais de saúde em dialogar de forma produtiva com seu público-alvo. As autoras entendem que deve haver uma reestruturação das relações entre profissionais de saúde e clientela. Para tanto, entende-se que as ações não podem mais deixar de lado “relações sociais, econômicas, culturais e afetivas que configuram os distintos contextos de intersubjetividade, nos quais as pessoas desenvolvem formas diferenciadas de interpretação e valorização das necessidades de saúde, assim como de apropriação dos conhecimentos sobre as alternativas para satisfazê-las” (p. 394).

Para Vermelho, Barbosa, e Nogueira (1999), a preocupação recente das políticas públicas em HIV/Aids têm sido com as mulheres em idade reprodutiva, em função dos filhos. A consequência disso seria que mulheres comuns, pobres, donas-de-casa ou aquelas sem qualquer acesso à informação seriam as mais prejudicadas. No mesmo sentido de Feliciano e Kovacs (2003), Vermelho et al. (1999) entendem que tratamento, prevenção e apoio dependem da análise da diversidade de questões culturais e simbólicas da sociedade em questão. Vermelho et al. (1999) realizaram um estudo que investigou histórias de risco, contexto social, familiar e conjugal e apoio social de 25 mulheres portadoras do vírus. As autoras verificaram que todos os diagnósticos foram feitos somente em decorrência de morte do companheiro ou filho por HIV/Aids. Elas concluíram que a vulnerabilidade feminina à contaminação está relacionada à fragilidade de mecanismos de proteção, suas limitações nas relações interpessoais e sua inferioridade econômica e social. Desse estudo, podemos inferir durante a gestação, quando descoberta a infecção, pode ser uma primeira oportunidade para muitas cuidarem de sua saúde. É importante lembrar que é nesse momento que muitas descobrirão que não poderão amamentar seus bebês. Nesse sentido, conforme sugerem Feliciano e Kovacs (2003), bem como Vermelho et al. (1999), deve-se levar em consideração aspectos próprios da cultura e do meio de cada paciente, a fim de ampliar as chances de se obter sucesso com as prescrições.

Menu et al. (2003) publicaram as diretrizes discutidas em um *workshop* de integração de programas de saúde voltados para a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV/Aids. No encontro, representantes de diversos países discutiram obstáculos, questões-chave e medidas para ampliar a eficácia das ações dos programas em voga. Os debatedores entenderam que, no que se refere à amamentação, é preciso definir a segurança das diferentes práticas de alimentação e do tratamento anti-retroviral adequado durante a lactação, naqueles países ou casos em que a amamentação é praticada. Na mesma linha de outros estudos (Feliciano & Kovacs, 2003; Vermelho et al., 1999), Menu et al. (2003) afirmam que qualquer que seja o programa de prevenção da transmissão vertical, deve-se integrar os aspectos sociais aos sistemas de saúde.

1.2.4 Amamentação e sua Substituição: Vivência Materna

Existem diversos estudos que enfocam a amamentação no contexto da infecção pelo vírus, mas parece haver uma lacuna no que se refere à compreensão de questões subjetivas envolvidas nesse tema. Encontram-se poucos dados, coletados de forma indireta em outros estudos, como, por exemplo, os de Knauth (1999), Neves (2005) e Vinhas, Rezende, Martins, Oliveira, e Hubner-Campos (2006). Apenas dois estudos específicos sobre o tema foram encontrados, a saber, Moreno, Rea, e Filipe, (2006) e Santos (2004).

Segundo Knauth (1999), a impossibilidade de amamentar pode ser o primeiro sintoma visível do HIV/Aids para muitas mulheres. Nesse sentido, o estudo de Wright (2004), a respeito de diversos aspectos envolvidos na opção por amamentar ou não, aponta que nas culturas onde a amamentação é a única forma de alimentação aceita, o diagnóstico pode ser descoberto por outras pessoas. As participantes do estudo de Knauth (1999) conheciam os riscos envolvidos na amamentação nesse contexto, mas não estavam totalmente seguras com relação ao leite que dariam aos filhos. A autora considerou necessário investigar o significado da não-amamentação para essas mulheres e um dos motivos eram as diversas campanhas em defesa do aleitamento com as quais elas acabavam tendo contato, o que lhes causava impacto.

Neves (2005) realizou um estudo sobre crenças e percepções de mães portadoras do HIV/Aids acerca da transmissão vertical e verificou que para elas podem ficar com a imagem de fracasso no que se refere à proteção da criança. No estudo há um fragmento de

fala de uma participante que preferiu continuar sendo julgada como uma mãe má pela família porque não amamentava o filho do que revelar o diagnóstico.

O estudo de Vinhas et al. (2006) enfocou diversos aspectos do acompanhamento pré-natal no contexto do vírus e teve entrevistas com 17 gestantes. Os autores constataram sentimentos de sofrimento e tristeza entre as participantes, que consideravam a amamentação algo corriqueiro.

Santos (2004) realizou uma pesquisa fenomenológica com 24 portadoras de HIV/Aids, com variadas características, até 72 horas após o parto, as quais foram questionadas “o que significa para você não poder amamentar”. As entrevistas foram individuais e as participantes expressaram sentimentos face à privação de amamentar (ex.: dor, tristeza, culpa, dúvidas, inferioridade, inveja, frustração, medo do preconceito), reconheceram a importância e as vantagens da amamentação (ex.: vantagens econômicas, nutricionais, práticas e higiênicas do leite materno, e a ideia de que a criança amamentada no seio é mais calma e amada), reconheceram suas dificuldades e limitações (ex.: nunca se dera bem com a amamentação, não foi prazeroso amamentar antes, tem dificuldade de produzir leite), expressaram o ato de amamentar (ex.: um sonho para quem nunca amamentou, algo que não poderá fazer, uma forma de proteger o filho), e deram significados ao peito e à amamentação (ex.: uma forma de construir apego, um processo prazeroso que proporciona alegria, a falta que o bebê sente do seio, a vontade do bebê de sugar o seio e a impossibilidade materna, a falta habilidade dos profissionais). A autora concluiu que existia a necessidade de implementar os protocolos da UNICEF e da OMS como norma e de fornecer orientações sobre os requisitos para uma alimentação saudável, higiênica e segura, e outras informações relevantes. Ela apontou que os protocolos de orientações no pré-natal e pós-parto referentes aos procedimentos clínicos de inibição da lactação devem ser revistos e aperfeiçoados, pois os atos de enfaixamento, repudiado pelas mães, e a administração de medicação eram mecânicos. Santos (2004) sugeriu que o esquema de livre demanda seja adaptado para esse contexto, pois suas participantes tiveram dificuldades com a alimentação do bebê durante o período hospitalar. Isso ocorreu porque elas estavam impedidas de amamentarem e deviam seguir os horários do local, e seus bebês acabavam recebendo o leite de 3 em 3 horas. Santos (2004) destacou a necessidade de melhorar o atendimento às portadoras, intensificando o apoio aos trabalhadores de saúde,

com cursos específicos de aconselhamento em HIV/Aids e alimentação infantil. A autora sugeriu a criação de material educativo sobre a alimentação nesse contexto. Em linhas gerais, o estudo de Santos (2004) enfatizou as respostas dadas pelas participantes, sem extrapolar suas representações psíquicas.

O objetivo do estudo de Moreno et al. (2006) foi compreender o significado da experiência de não amamentar e as razões que levam as mães a seguirem tal recomendação. Participaram 17 portadoras, entre 18 e 39 anos, com bebês de até 3 meses de idades. Foi um estudo qualitativo, cujo referencial teórico foi a fenomenologia social, tendo ocorrido entre 2002 e 2003 em um ambulatório municipal de atendimento à criança, na região metropolitana de São Paulo. Constitui-se de entrevistas individuais semi-estruturadas, não-diretivas, guiadas por perguntas norteadoras, cujas respostas foram anotadas. Os resultados foram divididos em categorias: vulnerabilidades, lamento do corpo, dilema da não-amamentação, castigo/perdão, motivos para não amamentar e fatores sócio-culturais. As mães não se sentiram completas e valorizadas por não amamentarem. Foi verificado que a não-amamentação seria uma forma de impedir a infecção do bebê pelo vírus e de eximir-se de culpa, obtendo perdão da sociedade. Por outro lado, constatou-se que vivenciar a não-amamentação implicaria na reestruturação da relação mãe-bebê, traria preconceitos e discriminação. Por outro lado, Os resultados mostram que não amamentar seria considerado doloroso e punitivo, envolveria o desejo de manter sadio o bebê e, mais do que aspectos biológicos, implicaria em questões sociais, culturais e emocionais. Uma vez que a sociedade dá valor à amamentação, as autoras lembraram que é comum se questionar a mãe de um recém-nascido se ele é amamentado. Em seu estudo, Moreno et al. (2006) verificaram que as participantes passaram por situações constrangedoras nesse sentido, e alertaram para que os profissionais as ajudassem mais nas justificativas. Outro ponto destacado nas entrevistas foi o incômodo com a experiência de ter as mamas enfaixadas. Concluiu-se que há falta de atenção dos profissionais da área da saúde aos sentimentos das mães, quando elas enfrentam o que as autoras denominaram dilema da não-amamentação. Nas considerações finais, foi apontado que a alimentação do bebê envolve riscos e benefícios que devem ser avaliados. Relatou-se que as participantes tiveram que lidar com cobranças e conflitos pessoais relacionados a não-amamentação, mas esses aspectos não foram interpretados. Sugeriu-se o acompanhamento de mulheres portadoras do HIV/Aids,

bem como a implementação de intervenções grupais interdisciplinares, para que as mulheres lidem de forma mais adaptativa com os conflitos ligados à não-amamentação.

Nesse sentido, cabe destacar o estudo de Rea, Santos, e Moreno (2007), cujo objetivo foi acessar as informações e os aconselhamentos sobre alimentação infantil realizados por profissionais com mães portadoras do HIV/Aids. Foram realizadas 118 observações de atendimentos a essas mulheres, cujos filhos estavam entre o 1º e o 90º dia de vida, em 15 unidades de saúde da cidade de São Paulo. Constatou-se que a qualidade da comunicação e do aconselhamento, em geral, foram bons, principalmente no que se refere à postura e disponibilidade dos profissionais. Contudo, os elementos fornecidos com relação às possibilidades de alimentação, bem como sobre o preparo da fórmula, foram considerados pobres pelas autoras. Entretanto, quando esse aconselhamento específico foi feito por nutricionistas, houve mais qualidade. As autoras entenderam que os protocolos para a prevenção são muito bons, entretanto, sua aplicação prática é deficitária e pode diminuir as chances de sucesso da profilaxia da transmissão vertical pela amamentação. As autoras sugerem maior treino dos profissionais, e estudos etnográficos que verifiquem *in loco* como a substituição do leite materno ocorre.

1.3 Justificativa e Objetivos

A partir da revisão da literatura, verifica-se um amplo conhecimento sobre a amamentação e sobre a alimentação do bebê no contexto do HIV/Aids. Com relação à vivência da não-amamentação por mulheres portadoras do HIV/Aids, encontramos dois estudos. Todavia, verificamos a existência de lacunas no que se refere à implicação emocional da substituição do aleitamento ao seio. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi investigar longitudinalmente expectativas e sentimentos de mães portadoras do HIV/Aids frente à recomendação da não-amamentação, com foco nos efeitos e significados emocionais.

CAPÍTULO II

MÉTODO

Esse projeto se origina de um estudo maior (NUDIF/PSICAIDS, 2005), intitulado “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”. O mesmo vem sendo executado em parceria entre o Instituto de Psicologia e Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o Centro de Estudos de AIDS/DST do Rio Grande do Sul, o Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Rio Grande do Sul e o Grupo Hospitalar Conceição. A presente aluna é também autora de tal projeto, tendo sido uma das executoras do primeiro dos três estudos que compõem o mesmo.

2.1 Delineamento

Trata-se de um estudo de caso coletivo (Stake, 1994), de caráter longitudinal, com duas coletas. A primeira ocorreu durante o 3º trimestre gestacional e a segunda aos 3 meses de vida do bebê.

2.2 Participantes

Participaram do estudo 6 gestantes portadoras de HIV/Aids. Elas foram recrutadas junto a um serviço de infectologia da rede pública da cidade de Porto Alegre. As participantes tinham entre 19 e 34 anos de idade, possuíam até o ensino médio completo, eram residentes com o pai do bebê e moradoras de Porto Alegre ou região metropolitana. A renda familiar era inferior a 10 salários-mínimos. Na Tabela 1, encontram-se as informações principais sobre as participantes do estudo.

2.3 Procedimentos

As gestantes foram recrutadas em um serviço público de saúde especializado para essa população. As mesmas foram informadas sobre o estudo e convidadas a participar, respondendo inicialmente a Entrevista de Dados Sócio-demográficos. Em seguida, foram

Tabela 1

Características Gerais das Participantes

Dados sócio-econômicos	Participante ¹					
	Jaqueline	Inês	Helena	Janaína	Mariana	Fabiana
Idade	21	28	34	21	19	31
Trabalho	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim
Companheiro / Marido	C	C	C	C	C	M
Nº de filhos	2	1	4	1	0	0
Amamentação anterior	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não
Diagnóstico ²	Antes	Durante	Durante	Antes	Antes	Antes
Idade gestacional	8º mês	8º mês	8º mês	8º mês	6º mês	8º mês

Nota. ¹ Todos os nomes originais foram alterados; ² Diagnóstico de HIV/Aids antes ou durante a gestação.

contatadas para agendamento das sessões de coletas de dados. Ao retornarem, foram solicitadas a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), e realizaram a Entrevista sobre a Experiência da Gestação. Manteve-se contato com a gestante a fim de dar continuidade ao estudo, quando o bebê completou 3 meses. Nesse momento, foram realizadas a Entrevista sobre a Maternidade no 3º mês de vida do bebê e a Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê e a Interação Mãe-bebê no Contexto da Infecção Materna pelo HIV. Todas os contatos foram feitos individualmente e as entrevistas foram gravadas em arquivo digital, armazenadas com segurança no Instituto de Psicologia da UFRGS.

2.4 Materiais e Instrumentos

- Entrevista de Dados Demográficos: Com essa ficha, pretendeu-se colher alguns dados sócio-demográficos da gestante (Ex. estado civil, pessoas com quem divide a casa), do pai do bebê (Ex.: escolaridade, outros filhos), condições sanitárias e de higiene da moradia. Essa entrevista foi desenvolvida para o projeto de NUDIF/PSICAIDS (2006) (Ver anexo C).
- Entrevista sobre a Experiência da Maternidade em Situação de Infecção pelo HIV (Gestação): Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, elaborada por

NUDIF/PSICAIDS (2006). Essa entrevista visa a contemplar aspectos referentes à vivência da gestação, com foco no HIV e na possibilidade de transmissão vertical, incluindo a via da amamentação. Os temas tratados são o Planejamento da gestação, a Adesão à Profilaxia da Transmissão Vertical, a Ausência da Amamentação no Seio e seu Impacto na Maternidade, as Expectativas quanto a Não-amamentação, incluindo a Vulnerabilidade à Revelação do Diagnóstico, a Privação dos Benefícios do Leite Materno, dada à Contaminação, entre outros. Uma cópia da entrevista encontra-se no Anexo D.

- Entrevista sobre a Experiência da Maternidade em Situação de Infecção pelo HIV (Primeiro trimestre de vida do bebê): Constitui-se de uma entrevista semi-estruturada, também elaborada por NUDIF/PSICAIDS (2006). A mesma visa a investigar a vivência da maternidade nos primeiros 3 meses de vida do bebê. Os principais temas são o Parto, buscando informações acerca do risco e da prevenção da transmissão vertical, a Alimentação do Bebê, a Experiência da Maternidade na Situação de Infecção pelo HIV e a Rede de Apoio. Uma cópia da entrevista encontra-se no Anexo E.
- Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê e a Interação Mãe-bebê no Contexto da Infecção Materna pelo HIV: Constitui-se de uma entrevista semi-estruturada, também elaborada por NUDIF/PSICAIDS (2006). A mesma visa a investigar o desenvolvimento do bebê, a partir da perspectiva da mãe. Entre os aspectos, estão, por exemplo, o Dia-a-dia, a Saúde, o Sono e a Comunicação do Bebê. A experiência com o uso da mamadeira foi investigada a partir da pergunta “Eu gostaria que tu me falasses como tem sido dar de mama na mamadeira, desde os primeiros momentos até agora”. Uma cópia desta entrevista encontra-se no Anexo F.

2.5 Análise dos Dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra para a realização de análise de conteúdo e categorização das respostas, de acordo com o proposto por Bardin (1977/2004).

2.6 Considerações éticas sobre o estudo

Socialmente, a AIDS é marcada por estigmas e preconceitos. O tema da gestação no contexto de infecção pelo HIV não foge a essa regra. Nos próprios serviços de saúde, profissionais acabam entrando em julgamentos morais sobre o fato de as mulheres portadoras engravidarem e levarem a gravidez a termo. Diante disso, no curso desse projeto, foram adotados os critérios bioéticos apropriados. Todas as participantes foram informadas acerca dos procedimentos da pesquisa e puderam decidir livremente sobre a disponibilidade de participarem da mesma. Também foi assegurada a possibilidade de desistirem da pesquisa em qualquer etapa da mesma. Durante a pesquisa, ao ser constatada necessidade de algum tipo de aconselhamento ou tratamento de saúde, a autora da pesquisa auxiliou as participantes a buscarem os serviços adequados. A privacidade e a confidencialidade das participantes está assegurada e o material obtido foi devidamente arquivado no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O projeto de pesquisa NUDIF/PSICAIDS (2006), do qual derivou-se o presente, foi apreciado e aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da UFRGS (parecer nº 2005508) e do GHC (parecer nº 006/06), ambos vinculados à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Todas as participantes compreenderam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelos comitês.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Nessa seção, cada participante do estudo será apresentada como um caso. As três primeiras mulheres chamei de Jaqueline, Inês e Helena, respectivamente. A semelhança entre elas é que estão experimentando pela primeira vez o uso da mamadeira desde o início da vida de seus filhos, mas tiveram experiência de amamentação antes. Após, apresento as outras três participantes, às quais me referirei como Janaína, Mariana e Fabiana, nessa ordem. Essas últimas nunca tiveram a experiência de amamentar.

A fim de orientar a leitura, cada caso será descrito a partir da seguinte estrutura mínima: Histórico; Expectativas durante a gestação; e, Sentimentos no 3º mês de vida do bebê. Selecionaram-se trechos de entrevistas considerados como aqueles que melhor atenderiam aos objetivos desse estudo, e por isso os mesmos são transcritos na íntegra aqui. A seguir, serão apresentadas as análises de cada caso individualmente.

3.1 Caso 1: Jaqueline

3.1.1. Histórico

Jaqueline foi a primeira gestante recrutada e entrevistada pela presente autora. O contato inicial ocorreu durante um procedimento de avaliação da gestação, realizado por uma técnica em enfermagem do local de recrutamento. Nesse primeiro momento, a imagem socialmente construída de que pessoas portadoras do HIV/Aids seriam muito emagrecidas e depressivas é posta em xeque. Jaqueline transparece vivacidade com seu riso fácil e característico de sua idade, que naquele momento era de 21 anos. Em sua avaliação clínica inicial, ela é repreendida pela profissional que a atende devido ao seu excesso de peso. Naquele momento, o risco para o bebê é a obesidade da mãe, não se fazendo comentários sobre o vírus. Durante a entrevista na gestação, Jaqueline comentou, com relação ao peso (sua altura é inferior a 1,60 m): “Engordei bastante... Olha, quando eu engravidei, eu tava com 94 quilos. Hoje eu to com 107 quilos. Olha, eu não sei quanto eu engordei, eu engordei bastante”.

Características da configuração familiar do núcleo de Jaqueline acabam se repetindo entre as demais participantes do estudo do qual deriva o atual. Aos 21 anos, ela passa por sua terceira gravidez, sendo a primeira no contexto da infecção pelo HIV/Aids. Com o primeiro companheiro, ela teve uma menina e um menino, que têm 5 e 3 anos de idade, respectivamente. O companheiro atual é o pai do bebê da presente gestação.

No que diz respeito à condição sócio-econômica, Jaqueline é desempregada, e nunca teve trabalho formal, apenas ocupou-se de diarista em algumas ocasiões. A única fonte de renda de seu núcleo familiar é o salário-desemprego do companheiro. Juntamente com ele, os dois filhos e um irmão, ela mora em um casebre de peça única, sem água encanada e com luz obtida de forma ilegal. Jaqueline descreveu que sua casa se situava no encosto de um valo, na Zona Norte de Porto Alegre.

Com relação ao vírus, Jaqueline relatou ter se contaminado através de relações sexuais com o primeiro companheiro, que tinha 33 anos e ela 15 anos quando se conheceram. Jaqueline suspeita que ele soubesse da soropositividade, mas que teria escondido a informação dela. A descoberta foi feita cerca de 2 anos antes da entrevista, quando ele adoeceu e faleceu em decorrência da Aids. Durante a internação dele, a médica que acompanhava o caso explicou à participante sobre sua chance de estar infectada e solicitou que ela realizasse o teste anti-HIV, que deu resultado positivo para o vírus.

Já no que diz respeito ao companheiro atual, Jaqueline comentou que não lhe informou sobre sua condição sorológica até ter certeza de que poderia confiar e contar para ele. Até fazer a revelação, mantinha relações sexuais sem preservativo. Ao contar sobre o HIV/Aids, ela teria lhe dito “Agora você pode me largar”. Ao contrário de sua expectativa inicial, o companheiro permaneceu com ela, e passou a utilizar preservativos para evitar o contágio. O companheiro atual fez testes anti-HIV, tendo resultados negativos em todos. Ao ser questionada sobre a intencionalidade da gestação, Jaqueline comentou: “camisinha arreventa, né?”. Grávida, Jaqueline apresenta preocupação com relação à sua saúde e a do bebê, bem como pelo risco da transmissão, tendo procurado assistência assim que desconfiou da gestação.

3.1.2 Expectativas durante a gestação

Quanto à expectativa com relação à alimentação do bebê, o primeiro momento em que Jaqueline fez comentários foi logo no início da sessão de entrevista, ao preencher um questionário com escala tipo Likert (Escala de Apego Materno-fetal), empregado no estudo maior.

É que assim, eu, quando eu penso que eu vou amamentar o bebê eu fico meio triste porque ao invés de ser no peito, vai ser na mamadeira, né, eu fico triste até.

Ao responder ao bloco sobre alimentação, da entrevista sobre a gestação (Anexo), Jaqueline mostrou-se preocupada e reflexiva sobre o uso da mamadeira:

eu ficava pensando comigo né, que eu vou ter que dar mama na mamadeira, como é que vai ser o mama/ como é que vai ser o leite que eu vou dar para ele, como é que ele vai agir com a mamadeira e não com o peito... Ah, para mim vai ser novo, vai ser bem novo, vai ser uma experiência nova que eu vou participar, né? Eu vou cuidar dele, vou dar o mamazinho na mamadeira. Como é que eu vou preparar o mama na mamadeira. Tudo isso eu penso bastante.

Jaqueline também fez comparações entre seu conhecimento sobre a amamentação no seio, com leite materno, e sobre suas suposições com relação ao uso da mamadeira, ao leite em pó, o preparo e o número de vezes que deveria alimentá-lo.

... porque é por hora a mamadeira, né, ou por, eu não sei como é que funciona. O peito pode dar a hora que o bebê quiser, né? Aí no peito quando ele tá mamando tu tem controle, como controlar, e a mamadeira tu dá a mamadeira, ele tá mamando e mas tu não sabe quando é que ele vai parar e como é que vai ser. Eu tenho muito medo de afogar o bebê. Eu tenho muito medo de afogar o bebê, eu tenho isso assim.

É interessante ressaltar a preocupação de Jaqueline em conhecer de perto como se dá a alimentação através da mamadeira. Ela comentou um momento em que observou uma vizinha portadora do HIV/Aids alimentando o bebê: "... Aí eu fiquei mais assim, fiquei olhando, olhando como é que ela preparava a mamadeira, como é que ela dava o mama". A

partir do que sabe e imagina, Jaqueline descreve uma cena por ela criada, em que ela alimenta o bebê:

Eu imagino ele levantando de madrugada pra tomar mamadeira, eu imagino assim a hora que ele estiver com fome, tem que ter aquela mamadeirinha pronta, também, né? Pra não ficar chorando muito, assim ficar chorando muito que não é muito bom chorar, né? Ainda mais nenezinho. Mas é assim.

Além da observação descrita, também parece ter sido importante a forma como o médico informou à gestante sobre a restrição da amamentação ao seio e a alternativa, embora tenham ficado dúvidas sobre o preparo da mamadeira, os custos do leite e sobre a segurança dessa forma de nutrição: “... é aquela dúvida de dar mamadeira sempre foi mais, assim, mexeu, a gente vê na televisão que melhor é mamar do leite, é o leite do peito pro bebê”; “... eu tenho a preocupação de saber se o leite tem todos os conteúdos né que a criança realmente precisa, né, receber”. Seus primeiros filhos foram amamentados ao peito e em nenhum momento ela utilizou mamadeira com eles.

Na família de Jaqueline, todas as mulheres amamentaram seus bebês e sabem que ela não poderá amamentar e o motivo, mas não teceram comentários sobre o assunto.

Com relação a pessoas que poderiam ajudá-la a amamentar o bebê, Jaqueline citou Nei, seu companheiro: “O Nei, eu vou ensinar ele bem direitinho... Eu vou ensinar ele tudo o que ele não sabe, não sabe dar mamadeira, não sabe mudar fralda, não sabe nada”.

O bebê de Jaqueline, Nicolas, nasceu a termo, de parto normal, 1 mês após a primeira entrevista para o presente estudo. Ao completar 1 mês de vida, Nicolas teve diagnóstico de bronquiolite e precisou ficar internado por uma semana, no Hospital Conceição. Durante o período, vi o casal no serviço de infectologia, bastante apreensivo. Conversamos rapidamente e eles me contaram o problema pelo qual o filho passava.

Posteriormente, ao ser contata para a realização da entrevista aos 3 meses de vida do bebê, Jaqueline mostrou disposição. Além disso, estava feliz porque Nei tinha conseguido um emprego formal. A participante foi ao hospital responder à entrevista e demais instrumentos da pesquisa, levando consigo o filho Nicolas. Percebi que o bebê era menor que outros de 3 meses de idade.

Sobre o dia do nascimento, a indicação de que Jaqueline se dirigisse à instituição assim que as primeiras contrações fossem sentidas, para poder ter tempo suficiente para receber o AZT intravenoso antes do parto, foi desobedecida. Ela contou que quis caminhar um longo trajeto para que o companheiro não gastasse dinheiro no táxi. Contudo, ela pôde receber a medicação e não chegou com a bolsa rota ao hospital. O parto ocorreu bem e o bebê nasceu saudável.

3.1.3 Sentimentos no 3º mês de vida do bebê

O aspecto inicial relatado sobre os 3 primeiros meses do bebê foram as dificuldades encontradas em alimentar o bebê com o leite em pó. A seguir, a resposta à primeira pergunta da entrevista.

Bom, o bebê nesses primeiros, nesses 3 meses ele é difícil, a dificuldade é a mamada, né? Dar o mama. Porque ele toma um leite assim, o leite né, que assim, não, dá dorzinha na barriga, causa muita ânsia de vômito, o leite que ele toma faz muito mal. Né? Então esses 3 meses não foi nem um pouco difi/, não foi nem um pouco fácil, né? A barriga dele é dura, ele chora muito, tem muita dor na barriginha, por causa do leite que ele toma.

Jaqueline falou que não tinha como comprar outro leite, então ela ficava preocupada, pois sentia que o leite disponível estava fazendo mal ao seu filho e isso a deixava preocupada. Ela tentou introduzir outro tipo de leite, mas o mesmo não é o mais adequado para alimentar bebês antes dos 6 meses de idade. Além disso, existe a restrição financeira, uma vez que Jaqueline é miserável do ponto de vista sócio-econômico:

Na semana passada eu comprei, tive que completar o leite com leite de caixinha, aí a minha mãe comprou pra mim 5 caixinhas de leite pra ele, aí ele tomou bem o de caixinha... Ahan (Afirma). O de caixinha ele tomou uma mamadeira cheinha. E quer mais. E esse daí não, ele toma só um pouquinho, só, e já vomita, tudo, tudo... Eu tentei dar ontem caldinho de feijão para ele, ele não gostou... Botou tudo fora, fez aquela lambuzeira toda.

Jaqueline pediu recomendações à médica que acompanha seu bebê, mas não recebeu alternativas: “Sim, eu falei com a doutora dele aqui, a Dr^a. X, e ela disse que ele tem que tomar esse aí, até os 6 meses”. Ela comentou que inicialmente o bebê se adaptou ao leite, mas que desde o 2º mês de vida estava tendo problemas.

Com relação ao período no hospital, ela recebeu uma seringa para alimentar o bebê, mas teve problemas com os horários, pois não recebia o alimento no horário correto. Na alta, ela foi informada que receberia o leite até o 6º mês do bebê, no posto e sobre a forma de preparo. Ela sentiu-se segura com o que lhe ensinaram e não teve dificuldades com o uso da mamadeira.

Conforme previsto, Jaqueline recebeu medicação para inibir a lactação. Contudo, essa medida não foi totalmente eficaz, pois ela continuou excretando o líquido, embora não tenha se sentido incomodada com isso. Ressalta-se que a participante afirmou que não teve as mamas enfaixadas, o que também é um procedimento previsto. Não temos dados para saber se ela estimulou a produção de leite após a medicação.

Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito à experiência de estar no hospital, junto com mulheres que amamentavam seus bebês, e não poder fazer o mesmo.

É, era meio estranho, porque de vez em quando chegava, elas perguntavam, ou vinham alguns familiares visitar elas, perguntavam: ah, porque que o bebê não mama no peito? Ah, porque que, porque que ele toma mamadeira? Essas coisas assim, né? Aí eu respondia, ah, não, é que ele não pode mamar mamadeira, não tenho leite, eu tinha vergonha de dizer pra elas porque que ele não podia tomar, né?

Entretanto, Jaqueline também enfrentou questionamentos de outras pessoas por não estar amamentando após ter saído do hospital, mas naquele momento estava acostumada com as perguntas, sentindo-se “normal”. Fora a curiosidade alheia sobre os motivos que a levam a não amamentar Nicolas, Jaqueline ainda enfrenta indagações sobre um possível privilégio, uma vez que ganha leite no posto de saúde.

Jaqueline também falou sobre a mudança na nutrição desse filho:

Assim, dar mama na mamadeira para ele, né? Olha, é no começo assim, dar mama na mamadeira era, eu achava meio estranho, né? ... mas aí depois agora já me acostumei, né? Hora da mamada, de vez em quando fica meio xarope ele ta com

fome, tem que estar com a mamadeira pronta, eu já me liguei do alarmezinho da mamadeira.

Além disso, a participante contou de sua rotina com a preparação da mamadeira e também demonstrou ter conseguido se organizar para deixá-la pronta, para quando o bebê estivesse com fome, conforme planejado. Jaqueline falou que Nicolas tinha intervalos de 3 horas entre as mamadas.

Outro plano que foi posto em prática por Jaqueline foi contar com o apoio de seu companheiro na alimentação do bebê: “Ele me ajuda bastante. Assim, ou ele faz o mama e eu dou, ou eu faço e ele dá. É bem assim”.

Na entrevista anterior, Jaqueline informara que sua casa não tinha encanamento. Diante disso, foi questionada acerca da água que estava usando para o preparo da mamadeira, tendo respondido: “lá perto de casa tem uma bica, no caso uma vertente de água, busca a água, daí bota nas garrafas e fecha ... ferve a água pra poder fazer a mamadeira ...e bota na térmica”.

Com relação ao momento da alimentação, Jaqueline falou sobre algumas brincadeiras que Nicolas faz ao mamar na mamadeira.

Olha, ele olha assim, tem horas que ele fica olhando, tem horas que ele fica brincando com o leite na boca, fica se rindo todo com o leite na boca. Aí põe todo o leite fora (risos)... Olha, a gente acha até engraçado, né, ele bota um pouco, ele enche a boca de leite e dá aquele sorrisão e fica saindo aquele monte de leite.

Jaqueline citou diferenças entre o leite materno e o leite artificial. A primeira delas diz respeito às propriedades imunológicas do primeiro em detrimento do segundo. Durante a gestação, ela comentou que temia se os “conteúdos” necessários estariam presentes ou não na forma em pó. Ao alimentar o bebê com esse produto, ela acabou percebendo diferenças nesse sentido, tanto na suscetibilidade a doenças, quanto no ganho de peso:

Olha, ó, assim, calma aí. Pra bebezinho assim do tamanho dele acho que seria melhor no peito, né? Que preveniria das doenças, também, que a gripe que veio bem forte nele, que ele está todo gripado, e também, assim, no hospital, quando ele ficou baixado, porque não mamava no peito, ele ficou assim mais disposto (predisposto) a

gripes, doenças, né? Se fosse mamar no peito ia ser bem melhor, né? Mas já que não pode ser, tem que ser na mamadeira, mas é difícil, né? Que nem a minha, eu tenho uma sobrinha, a minha sobrinha toma, toma mama no peito, maior boluda, uma baita duma bola. E ele não, bem mais magrinho. A mamadeira eu acho que já, eu acho que já, eu acho bastante diferença, né?

Entretanto, a fala mais marcante de Jaqueline sobre a alimentação com mamadeira ela foi nos minutos finais na entrevista, não no bloco referente à alimentação. A participante dizia-se não se sentir mãe de Nicolas, por não tê-lo amamentado.

Não me sinto mãe, não sei porque, não sei porque eu não me sinto mãe porque eu não me sinto mãe assim, né? Eu digo assim, eu não me sinto muito mãe por causa que, digo assim, se eu tiver que deixar ele com a minha mãe eu deixo, sem preocupação nenhuma, tem mãe que já não deixa, deixar meu bebê? Tem mãe que não deixa, né? E eu deixo sem preocupação. E eu acho que não me sinto muito mãe não... É estranho. Sei lá, talvez por não amamentar ele no peito, né? Eu me sintia desse jeito assim, talvez seja isso...

3.2 Caso 2: Inês

3.2.1 Histórico

Inês foi convidada a participar do presente estudo durante uma consulta pré-natal, no serviço de infectologia do GHC, e mostrou-se solícita desde o início. Ela é uma mulher tímida, mas muito simpática e risonha. Tem 28 anos, mas seu olhar, aparência e forma de encarar o que ocorre em sua vida fazem com que pensemos que ela é mais velha. Entretanto, não se pode dizer que Inês não se cuida. Esse aspecto envelhecido parece mesmo ter sido adquirido pelas dificuldades que tem passado. Ela é vaidosa e estava preocupada com o peso que vinha ganhando na gestação.

Ela mora em uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre. Tem um filho de 6 anos. Ela não tem contato com o pai dessa criança desde que estava grávida dele. Seu companheiro atual é o pai do bebê e será o primeiro filho dele, mas Inês relatou que esse homem trata o menino como se fosse seu também, sendo a relação deles muito boa. Inês está desempregada e a renda familiar vem do salário do cônjuge, que trabalha como motorista.

Inês e o companheiro queriam muito ter um filho e ela parou de tomar pílulas anticoncepcionais e eles nunca usavam preservativos, pois ele alegava não gostar. Assim, a única providência tomada pelo casal para engravidar foi cessar os contraceptivos orais. Eles não fizeram, por exemplo, nenhum exame sangüíneo ou clínico prévio. Então, Inês acabou sabendo que era portadora do vírus durante a gestação atual. Não tinha suspeita alguma e fez os exames por recomendação médica: “Quando eu fui fazer o exame eu pensei que eu não tinha nada. Eu só tomei um susto quando eu abri o exame”.

Inês sofreu muito quando soube do vírus e isso afetou seus sentimentos sobre a descoberta da gravidez, que ela e o marido estavam querendo. Ela chegou a dizer que não teria engravidado caso soubesse que era portadora do HIV/Aids.

Com relação à forma de contaminação, Inês tem certeza que a mesma ocorreu pela via sexual, mas não procura encontrar quem foi o transmissor. Suspeita do pai do primeiro filho, mas disse não ficar pensando muito nisso. O companheiro realizou testes anti-HIV, que confirmaram sua soropositividade. No entanto, ele postergou o início do tratamento específico.

Inês conta que é muito próxima à mãe, embora a mesma more em outra cidade. Ela sentiu necessidade de contar sobre o vírus somente para ela e achou isso muito difícil, mas quis fazê-lo mesmo assim. Assim, no momento da entrevista, Inês contara do diagnóstico para três pessoas muito importantes para ela: a mãe, o marido e uma amiga.

3.2.2 Expectativas durante a gestação

Inês teme pelo preconceito alheio. A família do marido mora próximo a sua residência e ela não quer contar-lhes.

O único ponto Inês considera que o HIV/Aids provoca diferenças naquele momento de sua vida é justamente na amamentação do bebê, conforme o relato a seguir:

A única diferença que eu acho é na hora de dar mama pro meu bebê. Essa é a única diferença que eu acho que eu vou ter que aceitar. O resto eu acho que não... Porque o mais ideal é amamentar no peito, entendeu? Porque eu dei mama pro meu guri até os 8 meses. Então eu sei que pra esse aqui não vai dar pra dar o mama, que quando ele nascer vou ter que dar mamadeira tudo, então fica aquela coisa, sabe? Que pro meu guri eu dei até os 8 meses. Eu fui ver uma amiga minha semana passada só que ela

não tem nada, né? Aí eu fui lá ver o bebê dela e ela estava dando de mamar, aí eu fiquei assim meio esquisita, né?

Inês comentou que não tinha experiência em dar mamadeira para um recém-nascido, o que ela considerou uma experiência diferente da anterior, pois tinha amamentado seu filho até os 8 meses de idade.

A participante relatou ter recebido diversas informações sobre a substituição do leite materno, durante o pré-natal. Ela sabia dos procedimentos e do recebimento das latas de leite, até o 6º mês do bebê.

Inês considerou que os bebês que mamavam no peito ficavam mais próximos às suas mães. Ela pensava que seu filho era apegado a ela pois tinha tido essa experiência.

Ela falou que se sentia mal por não poder amamentar, pois gostaria muito de fazer isso. Contudo, Inês entendia que era necessário, portanto faria o que fosse recomendado. A participante comentou sobre a menor praticidade da mamadeira com relação ao peito, pois teria que estar sempre levando consigo “uma mochila” com o leite e os objetos necessários.

Por fim, a participante comentou que não tinha pensado sobre como seria a alimentação do filho: “Não, nem quero pensar nisso. Quero deixar para pensar nisso depois. Quando nascer que eu vejo o que é que vai acontecer”. Ela comentou ainda “Nem sei, nem imaginei ainda, nem parei para pensar. Mas é estranho”. Ressalta-se que Inês procurou ater-se a responder somente o que lhe fora perguntado no bloco sobre amamentação. Nas perguntas que requisitavam maior abstração, ela falou não querer pensar sobre o assunto, conforme ilustrado anteriormente.

3.2.3 Sentimentos no 3º mês de vida do bebê

Bruno, o bebê de Inês, nasceu a termo, de parto normal, tendo tudo ocorrido bem. Nasceu saudável, recebeu o xarope AZT por 42 dias e o desenvolvimento nos 3 primeiros meses foi satisfatório. A participante respondeu à entrevista com o filho no colo.

Ao ser solicitada a falar sobre o desenvolvimento de Bruno nos seus primeiros 3 meses, Inês logo falou sobre a amamentação e as dificuldades que estava tendo. A seguir, um trecho da entrevista, tratando do assunto.

Foi uma coisa boa que aconteceu, muito boa, né? Eu acho que ele está bem, que ele está evoluindo bem, não tem a doença também, e a coisa que eu ficava mais nervosa foi só nos primeiros dias que ele incomodou um pouco, porque ele não pode mamar no peito que a gente conversou a outra vez, sabe? Aí só nos primeiros dias, depois já passou, acostumei com a mamadeira.

Inês comentou que esse problema começou no hospital, e que em casa ela encontrou menos dificuldade: “Ah, foi difícil principalmente no dia que eu ganhei ele, no quarto um monte de mães e só eu dando mama na seringa para ele. A coisa mais difícil é isso, depois em casa já não é tanto, né?”.

Assim como as outras participantes deste estudo, Inês sentiu-se incomodada com as perguntas feitas a ela acerca dos motivos que a faziam não amamentar seu bebê. Os questionamentos ocorreram já no hospital:

É que todo mundo chegava no hospital para visitar e perguntava: ah, porque tu não poder dar mama? Aí fica naquela coisa que não pode falar, né? E parece que todo mundo desconfia porque que tu não podes dar mama.

Foi realmente o período hospitalar que Inês considerou o pior para vivenciar a não amamentação do seu filho.

No que diz respeito ao sentimento experimentado nessa situação, Inês comenta: “Nem sei te dizer como é que eu me senti, eu fiquei mais com pena foi por causa dele, porque todo mundo dá mama pelo menos por 15 dias, as do quarto dando mama”.

Com relação às justificativas, Inês argumentava que não tinha leite, e achava que essa era a única resposta que poderia dar às insistentes e impertinentes perguntas. Com relação à forma de dar o mama, observa-se inconsistência na atitude da equipe de enfermagem na diferentes mães que participaram desse estudo. Enquanto algumas receberam leite em um pequeno copo plástico, outras, como Inês, puderam utilizar êmbolos para alimentar seus bebês no alojamento conjunto.

Assim como as outras participantes do estudo, Inês também enfrentou dificuldades em ter que se adaptar à peculiaridade do seu caso em relação às outras puérperas do seu leito, pois dependia da equipe de enfermagem para alimentar Bruno. A prática da livre demanda não pode ser aplicada no caso de mulheres portadoras do HIV/Aids. Com relação

ao uso do leite e da introdução de novos alimentos, Inês preocupou-se em utilizar leite e água nos 3 primeiros meses, e somente a partir do 4º mês de vida de Bruno ela iniciaria com frutas, papas e sopas.

Assim como as outras participantes, Inês recebeu dois comprimidos de cabergolina para inibir a produção de leite. Entretanto, a medicação não foi muito eficaz e ela continuou tendo leite por um longo período. Assim como as demais, ela também não teve os seios enfaixados.

Por fim, Inês comenta que seu bebê estava com bom desenvolvimento de peso e altura. Ela estava muito feliz com o filho e parecia uma mãe realizada. Seu medo inicial de contaminar o bebê passou, pois os dois primeiros exames acusaram resultados não-reagentes para o HIV/Aids. Portanto, seu esforço em seguir a profilaxia, incluindo a prática que para ela era estranha, de não dar o seio para o bebê, tiveram resultados positivos.

3.3 Caso 3: Helena

3.3.1 Histórico

Dentre todas as participantes entrevistadas pela presente pesquisadora, Helena foi aquela aparentemente mais abalada, tanto pela soropositividade, quanto pela impossibilidade de amamentar o bebê. Tanto no contato inicial, realizado no serviço de infectologia, quando nas entrevistas da gestação e do terceiro mês do bebê, ela transmitiu uma imagem de uma mulher muito sôfrega e triste. Conforme poderá ser constatado nos trechos das entrevistas selecionados para a composição desse caso, ela usou termos muito marcantes para descrever como estava se sentindo. Seu discurso, em ambas entrevistas, oscilava entre a revolta e a tristeza profunda. Ao final das duas entrevistas, foi realizado o encaminhamento a uma avaliação psiquiátrica.

Com relação a sua família, Helena tinha outros 4 filhos com outro companheiro. Ela morava com todos e o cônjuge atual.

Durante a entrevista da gestação, Helena trabalhava esporadicamente como diarista, não tendo emprego formal, enquanto que o cônjuge tinha. A renda da família naquele momento vinha do salário dele. Ela considerava que a renda da família era suficiente para suprir as necessidades de todos. Quanto à escolaridade, Helena tinha ensino médio completo. Uma preocupação de Helena era de que ele mantivesse o emprego, pois

precisariam do dinheiro para suprir, além de outras necessidades, aquela que ela imaginava que teria, de comprar o leite em pó para o bebê: “então porque eu sei que com a Bárbara vai ser mais complicado, né? Não vai poder mamar no peito, então vai ter mais gasto, com o leite, né?”.

Sobre a história de contaminação pelo vírus HIV/Aids, Helena conta que foi durante aquela gestação que ela descobrira ser portadora, e aparentava ainda estar em estado de choque.

Com relação à gravidez, Helena disse que a mesma não fora planejada, mas teve alguns problemas em sua vida e acabou se atrapalhando com o uso da pílula. Além da notícia de uma gravidez que ela disse que não queria ter, ela também teve que enfrentar o diagnóstico da soropositividade, que ela desconhecia e não tinha a menor idéia que tivesse.

O resultado positivo para o vírus foi uma surpresa negativa para Helena, que, a princípio, fez o teste anti-HIV como rotina do pré-natal.

Helena estava muito revoltada com o diagnóstico e culpou o cônjuge pela infecção. Pensa que foi o marido que transmitiu, pois ela não tinha nada antes e não teve nenhum relacionamento extra-conjugal. De qualquer forma, um indício concreto que ela comenta era muito anterior ao diagnóstico. Em 1994, ela realizara uma doação de sangue e não estava doente, mas com o companheiro atual ela estava desde 2002. Até o momento da entrevista, o cônjuge não tinha feito o exame, alegando que trabalhava e não queria faltar no serviço para poder fazer o exame. Esperaria os dias de licença paternidade para fazê-lo. Helena contou que eles brigaram muito logo depois do diagnóstico, pois ela o ficava culpando. Agora parou, pois acha que não adianta mais brigar. Apenas os dois sabem do vírus, a família de nenhum dos dois sabe. No entanto, ela comenta que gostaria de contar para a sua mãe, mas teme pela sua reação, pois ela já era preocupada demais com a saúde de Helena, que é hipertensa. A participante chorou muito quando disse que tinha vontade de contar para a mãe sobre a soropositividade e por estar escondendo a mesma dela, mas concluíra que o melhor seria poupá-la.

A participante contou que no início da década de 1990 uma tia sua, irmã de sua mãe, sumiu por um tempo e quando voltou, estava com Aids e, em seguida, morreu. Naquela ocasião, a irmã de Helena saiu de casa, numa atitude preconceituosa com a parente enferma pelo vírus. Dali a poucos meses a tia faleceu. Helena considera que sua irmã,

mesmo após decorridos quase 15 anos, ainda rejeita pessoas com o vírus, embora trabalhe na área de saúde como técnica em enfermagem. Ademais, ela teme pela reação de sua mãe, e o quanto a mesma ficaria preocupada com ela.

3.3.2 Expectativas durante a gestação

Com relação às expectativas sobre a alimentação do bebê, o primeiro comentário de Helena foi sua equivocada idéia de que teria que pagar pelo leite em pó a ser consumido pelo seu bebê. Inclusive, ela pesquisara o preço das latas e ficou revoltada.

Helena disse que já sabia da possibilidade de transmissão do vírus através da amamentação, mas nunca tivera maiores preocupações com o assunto, pois não imaginava que era portadora.

A impossibilidade da amamentação estava causando muito sofrimento à Helena. Uma vez que se aproximara do parto, ela começou a ter leite e isso a abalou emocionalmente.

Não, mas logo no início eu já me dei conta disso. Até um dia eu fiquei chateada porque começou a sair leite do meu peito. Até falei pro meu marido, ai, que raiva, sempre né? Ai falei o que adianta tu, os peitos cheios e eu não vou poder amamentar, ai que inveja, das mulheres, tenho leite e não vou poder amamentar.

Ainda sobre o fato de ter leite e senti-lo como uma constante lembrança de que não poderá amamentar seu bebê, Helena faz um comentário muito marcante, de pertinente transcrição nesse:

É, fiquei chateada, muito chateada, eu até vou te dizer assim uma coisa muito xarope, mas, eu me senti uma podre (choro), me senti. Ter leite no peito pra que? Pra nada.

A comodidade foi um dos pontos salientados por Helena no que diz respeito à vantagem da amamentação ao seio, em comparação àquela feita com a mamadeira. Além disso, ela atribui ao leite materno propriedades de acalmar o bebê.

... Então é mais fácil, me acordava de manhã, não precisava levantar da cama pra dar mamadeira, pegava o peito, e já dava ali, né? E acalmava, até, ela foi uma criança muito calma, porque sempre mamou muito bem, sempre foi calminha.

Sua opinião é influenciada pela experiência prévia amamentando todos os outros quatro filhos. Helena comenta que cada um mamou por um período de tempo bem distinto do outro, e a experiência foi considerada “ótima” por ela. Entretanto, ela não considera que seja a experiência prévia o motivo de sua frustração atual, mas o fato de privar o bebê dos benefícios e da confiança que o leite materno proporciona.

Com relação à expectativa sobre a amamentação, Helena comenta que imagina os momentos que dará mamadeira ao bebê e pensa na falta de praticidade disso. Todavia, ela já estava se preparando para a nova rotina.

Ah, eu imagino assim, de madrugada, eu sou muito precavida assim, então o leite tem que ser diluído na água morna, então já comprei uma garrafa térmica lá, já, pra deixar água morna do lado da cama, assim, bem guardadinho, tudo, aí eu alcanço, pra poder separar o leitinho dela, sem muita preocupação.

Possivelmente em razão da tristeza que estava vivendo naquele momento, Helena estava muito insegura com sua capacidade de segurar seu bebê, inclusive durante a alimentação. A seguir, um extrato da entrevista que retrata esse sentimento.

Ai, não sei, eu to com medo de pegar ela quando nascer. Eu to com medo, eu to sem jeito, eu to... Eu me sinto com as mãos muito brutas pra pegar uma criança, ali, pequeninha, sabe, outro dia eu vim aqui e fui fazer os, fui medir o peso, né, e verificar a pressão e tinha um bebê chorando ali, eu fiquei olhando o bebê, assim, e a criança chorava, chorava, chorava, e eu queria acalmar a criança, sabe, eu tive vontade de pegar mas eu ah, não vou pegar e se eu deixar cair e se? Ai, pensando, meu deus do céu, eu digo meu deus, como é que vai ser com a minha filha. Então isso aí é uma coisa que eu não pensava. E pra dar mama eu to pensando mais assim, ó, botar no carrinho e dar mamadeira no carrinho, não sei, não pegar muito no colo, enquanto ainda não estiver bem, eu não me sentiria muito segura de pegar, eu, se eu, olha, eu tenho um medo, eu nunca tive, nunca, nunca.

Com relação às informações gerais sobre a substituição do leite materno, Helena parecia estar menos instrumentalizada que as demais mães do estudo. Não se sabe se isso é devido ao seu estado de profunda tristeza e uma possível menor compreensão e retenção daquilo o que lhe dizem ou se realmente ela ainda não tinha sido posta a parte dos procedimentos a serem seguidos. Ao fim da entrevista, ela foi informada que receberia alguma latas de leite em pó no hospital, que seria instruída a solicitar junto ao posto de saúde mais próximo à sua residência o leite mensalmente. Além disso, conforme ela imaginava, possivelmente a equipe médica lhe prescreveria uma medicação inibidora da lactação ainda durante a internação hospitalar.

3.3.3 Sentimentos no 3º mês de vida do bebê

Helena teve uma filha, Camila, que nasceu bem, de parto normal. Os primeiros dias de vida, no hospital, foram muito tensos para a participante, porque ela temia ter o diagnóstico do HIV/Aids revelado para a sua mãe: “Ai, eu fica com medo assim, cada vez que eu tinha que dar o copinho eu ficava com medo que alguém percebesse, sei lá, que alguém descobrisse, eu ficava assim, com medo, sabe?”. Felizmente, seu diagnóstico foi mantido em sigilo. Entretanto, a participante continuava temendo que sua mãe descobrisse a sua sorologia.

Durante a hospitalização, ela foi questionada sobre o motivo porque não estava amamentando Camila, e respondia que estava com uma infecção, e que o antibiótico que tomava podia passar pelo leite.

Com relação à alimentação em casa, Helena contou que tinha o apoio do marido e também de uma das filhas, que a ajudava muito e cuidava do bebê com muita atenção. A participante passava quase todo o tempo em casa, saindo apenas para buscar o leite em pó ou para trazer a filha para as consultas com o pediatra.

Ela conta que o aceite pelo leite foi bom, e que seu bebê estava respondendo bem ao tratamento. Entretanto, Helena estava apreensiva com relação ao diagnóstico conclusivo dos testes anti-HIV de sua filha, o que só ocorreria ao 18º mês de vida, mas o primeiro resultado foi negativo para o vírus.

Helena contou que não estava satisfeita por não ter podido amamentar, mas entendia que era para o bem de sua filha, então ela acabava aceitando a situação: “é pro bem dela,

não tem o que fazer, tem que aceitar”. Com relação à lactação, que ela mencionara na gestação, ela continuava a ter leite, embora tenha tomado a medicação prescrita para secar o leite. Helena foi instruída a usar um sutiã apertado, mas isso não estava dando certo e ela permanecia com leite 3 meses após o parto. Não houve relato sobre estimulação da lactação. Contudo, ela parecia mais adaptada à situação, e demonstrou somente um pequeno incômodo.

Em linhas gerais, percebemos que Helena experimentou de forma mais positiva a substituição da alimentação do que previra na gestação. Entretanto, isso poderia ter sido melhor se não tivesse passado pelos questionamentos no hospital e se o remédio para inibir a produção de leite tivesse surtido efeito.

3.4 Caso 4: Janaína

3.4.1. Histórico

A quarta participante do estudo é Janaína, de 21 anos. Ela fala bastante, de forma clara e animada. Durante a primeira entrevista, Janaína oscila entre idéias maduras e esclarecidas no que diz respeito a sua própria vida e condição atual, e outras imaturas, características de uma adolescente com alguns comportamentos inconseqüentes. Janaína tem um pensamento crítico e amplo sobre vários aspectos de sua vida, como o relacionamento com a avó materna e aquele que teve com o pai, e a forma como viveu a adolescência e o que poderia ter feito de forma diferente. Entretanto, parece imatura no que diz respeito a colocar em prática muito do que considera que seria melhor para si.

E eu acho que se ela (a avó) tivesse me mostrado isso, essa realidade, eu estaria melhor, sabe, eu acho que, sei lá, teria mais força para lutar pelo que eu quero. E já por ser acostumada com tudo nas mãos, ser muito mimada eu acho que, que isso prejudicou um pouco, sabe? Eu sempre estar esperando que alguém faça por mim. E na realidade a vida não é assim, né? A gente tem que correr atrás.

Isso pode ser percebido, por exemplo, em seu descuido na prevenção contra o vírus HIV/Aids, que ela conhecia desde pequena. Pode-se dizer que Janaína “escapou” da transmissão vertical do HIV, pois sua mãe morreu em decorrência da AIDS, 3 anos após seu nascimento, em 1988. A partir disso, supõe-se que ela tenha sido uma das primeiras

vítimas fatais da doença no RS. O pai da participante também faleceu pelo mesmo motivo, no ano 2000. Conforme o relato transposto a seguir, ela não foi contaminada pela mãe, mas pelo atual companheiro, que ela enfatiza ser 20 anos mais velho. Ela descobriu que era portadora quando ficou grávida da primeira filha.

A imaturidade de Janaína também pôde ser percebida na sua falha no uso de métodos contraceptivos, uma vez que ela alega que não queria mais ter filhos. Ela parou de tomar pílulas anticoncepcionais, pois estava sentindo náuseas, mas não marcou consulta no posto de saúde porque tinha que acordar muito cedo para pegar senha de atendimento. Janaína contou que inicialmente rejeitou o bebê e foi pesquisar umas ervas para tentar provocar um aborto. Com relação à rejeição, ela contou que xingava seu bebê no ventre: “fiquei braba, ai, eu fiquei revoltada, xinguei até, às vezes, assim, todas as noites eu peço desculpas, eu peço perdão pelo que eu falava no começo da gravidez, xingava o bebê, coitadinho, não tinha culpa, né?”.

Ainda, aconteceu a demora em iniciar o tratamento para profilaxia do HIV/Aids no período gestacional. Existia na equipe de infectologia um desconforto com relação às dúvidas e preocupações da paciente. Em certa ocasião, uma técnica comentou sua indignação com o fato de Janaína estar preocupada em saber se poderia tomar banho de mar e não com sua carga viral, que estava muito alta e era de risco para o bebê no que diz respeito à possibilidade de o mesmo vir a se contaminar.

Essa é sua segunda gestação, tendo sido a primeira também no contexto da infecção pelo HIV/Aids. No momento da entrevista, Janaína estava desempregada e dependia financeiramente de seu marido, que é pai da primeira filha também. Ela considera que eles têm condições financeiras e de moradia que suprem as necessidades da família. A gestação foi considerada tranqüila por Janaína, embora tenha sido rejeitada inicialmente, conforme relatos trazidos anteriormente. Por vontade própria, Janaína demorou para iniciar o acompanhamento pré-natal, realizando a primeira consulta na 18^a semana gestacional, ou seja, tendo decorrido metade do período de gravidez. A gestante postergou o início da profilaxia da transmissão vertical do vírus até o 6^o mês de gravidez, por vontade própria. O início desse tratamento ocorreu sob pressão da equipe de infectologia que a acompanha. Ao iniciar o uso das medicações, a carga viral da paciente estava cerca de 300 vezes maior do que o desejado para gestantes. Embora tenha experienciado uma gravidez no contexto do

HIV anteriormente, e mesmo parecendo ser uma pessoa com bom grau de entendimento sobre as informações acerca do vírus.

3.4.2 Expectativas durante a gestação

Janaína relata nunca ter tido a experiência de amamentar um filho e sente-se frustrada como mãe em função disso. O fato de não poder amamentar foi comentado várias vezes ao longo da entrevista, conforme citado anteriormente e a seguir, além de outros trechos que serão transcritos na seqüência.

Porque as pessoas perguntam, né? Ah, porque tu tomas esse monte de remédios. Eu não gosto de estar assim expondo assim a vida inteira para todo mundo. Aí diz ai eu estou tomando esse monte de remédios, depois eu não vou poder amamentar, as pessoas “ai, por que tu não amamentas”? Tem todas aquelas perguntas, né, que é normal. Aí “ah, mas é bom para o bebê, por que tu não estás amamentando?”. Aí tem que lá sempre inventar sempre uma desculpa. “ah, não tem leite”, “ah, ela não quis pegar o peito”. Sempre inventando, e é, não queria passar por isso de novo. Mas agora estou, já estou mais... Porque assim, tem mães assim que eu vejo amamentarem que não fazem, sabe, minha irmã, dar um exemplo, minha irmã ela amamentava “ai”, fazia caras e bocas, “ai, está mordendo”, assim, aí com outro nenê aí ela já nem, não era muito assim, ele, eu só via ele sugando assim, parecia que não estava doendo, aí uma outra irmã disse que dói, aí eu queria saber, eu queria, eu tenho vontade de saber como é que é, sabe? E até porque assim tu olhas nas propagandas, “ai, leite materno é mais importante para o bebê” e não sei o quê. E até esses folhetos assim que tu lê, tudo tu vê assim “leite materno é a melhor coisa”, e eu, às vezes eu fiquei pensando quando mandaram eu dar leite para ela eu até, até tentei assim disse “ah, mas será que não dá para dar?”, aí não, o médico disse “não, não pode, se tu tomaste remédio a gravidez toda, como é que tu vais fazer isso agora, no final?”, não sei o quê. Aí ele, é, eu me acho assim, eu não sou para mim daí não é, não é uma mãe por completo, sabe? Eu acho que é isso, eu não me sinto uma mãe completa assim por não, por não saber o que que é, sabe?

Janaína não tinha preocupações com relação à alimentação do bebê, apenas com uma possível rejeição pelo leite, ou por um menor ganho de peso em relação a outras crianças. A participante experimentou a substituição da amamentação com a outra filha e

achava que ela não era tão gorda ou grande como as crianças de sua idade, embora o médico dissesse que ela estava bem.

3.3.3 Sentimentos no 3º mês de vida do bebê

Ao contrário do que imaginava, Janaína teve uma menina, que nasceu bem, de cesárea. Com relação aos dias que passou no hospital, Janaína contou que tudo ocorreu bem, seu relacionamento com as outras mulheres do leito foi bom, e o único problema que ela relatou foi com a hora de dar o leite ao bebê, tendo ela sentido inclusive raiva das técnicas da equipe da enfermagem:

Isso, e porque, de madrugada assim, porque tinha que mamar de 3 em 3 horas certo, é que assim, eu vejo assim ó, uma criança, ah, quando chora, as mães já vão ali e enfiava no peito, sabe? E com a minha filha não, eu via que ela tava chorando, eu enfiava aquele bico e ela chupava, chupava com tanta força e teve, acho que, acho que foi uma noite assim que eu fiquei caminhando no corredor com ela, ia lá pedir o leite, “ah, mas não ta na hora ainda, mãe”, eu disse tudo bem, não ta na hora, mas a minha filha ta com fome. Ela disse “não, mãe, não ta na hora”, daí eu fui lá, falei, no outro dia eu falei com o pediatra: ai, não dá pra aumentar porque eu acho que aquilo ali eu acho que não ta sendo suficiente pra minha filha. “Ah, não, tem que ser 100 mL porque ela tem dias, tem 2 dias, não sei o que. Tudo bem, só que daí eu tinha que ficar caminhando no corredor, de madrugada, ficava caminhando no corredor, eu lá, eles tavam fazendo uma construção lá, foi bem naquela época, então aqueles barulhão, aqueles homens tudo lá, e eu tinha que ficar passeando, passeando, passeando, de tarde também, eu fui lá, ai, não, não pode, tem que ser no horário, não sei o que, ai não, ta muito quente, espera mais um pouquinho, depois: ai, deixa que a gente leva lá no quarto, daí fiquei uma hora e meia esperado, já tinha até passado, daí eu disse assim, daí fui lá buscar o leite porque assim ó, se passava do horário, elas buscavam o leite e depois só no outro horário, daí eu tinha que ir lá correndo, daí isso aí eu não gostei, sabe? Fiquei muito chateada, muito errada.

Confirmando a expectativa da gestação, Janaína experimentou tristeza por não ter amamentado sua filha, Rebeca. Seu sentimento teve diversas influências, conforme aponta o relato a seguir.

É, eu acho que isso, é o que mais me deixa triste é isso, sabe? Porque eu já cheguei a chorar, chorar foi uma ou duas vezes em relação a isso porque ai, sei lá, eu não sei o que que é a sensação de uma criança mamar no peito, hoje em dia tem tanta propaganda, tanta coisa pra mãe amamentar o seu filho, não sei o que, ficam às vezes furiosos com essas mães que dão mama ali pra, até os 2 meses, depois já enfiam uma mamadeira, xinguei muito a minha irmã porque a minha irmã deu o mama só até os 2 meses porque ela queria ir trabalhar, ela tinha que tirar o peito, e não sei o que. Eu disse puxa essas pessoas, essas mães, né? Que tem a oportunidade de, de amamentar não sabem, eu acho assim, mãe que tira o peito não, sabe o, não tem emoção, não tem alegria.

Assim como as outras participantes do estudo, Janaína foi questionada sobre os motivos que a levavam a não amamentar o bebê. Sua fala é similar àquelas das outras mães entrevistadas.

Aí elas ficam, até me perguntaram “ai, por que que tu não amamenta? Ai, não sei o que”, aí tem que inventar aquele monte de histórias porque eu não tenho coragem, porque hoje em dia eu acho que ainda não é um assunto assim que todo mundo, que é esclarecido, sabe, que todo mundo aceita, porque, por mais que ah, que eu não tenho preconceito, mas se eu falasse ali, eu tenho certeza que elas não iam, não iam me olhar da mesma forma que elas tavam me olhando, que eu tava ali, tava numa boa, acho que elas, se eu falasse: ai, não amamento porque eu tenho HIV”, ela não iam, já iam ficar meio assim, as pessoas não são tão esclarecidas assim.

O marido de Janaína a ajudou na alimentação do bebê, acordando no meio da noite, preparando a mamadeira. Ela considerou que ele foi mais participativo e interessado com essa filha do que com a anterior do casal.

Durante a gestação, Janaína achou que essa filha seria menor do que a média das crianças que ela costuma ver, baseada na experiência com a primogênita. Entretanto, ela a descreve assim: ... “e agora ela ta tão gorda, tão gorda, e muito espichada, e eu acho que ela é bem esperta assim, sabe?”.

Por fim, Janaína percebeu movimentos de interação de seu bebê durante as mamadas. Aos 3 meses, ela identificava que a filha ria ao término da amamentação

Janaína sentiu-se triste e frustrada por não poder amamentar seu bebê, Rebeca, conforme previra na gestação. Pode-se perceber que, embora a vivência desses sentimentos tenha sido intensa, ela quis trazer para si a responsabilidade a alimentação de sua filha,

embora tenha podido buscar o apoio do marido em alguns momentos. Além disso, ao contrário do que imaginava, o desenvolvimento de sua filha estava bom, de acordo com sua percepção e o que era importante para ela, como o tamanho do bebê aos 3 meses, chamava-lhe a atenção positivamente. Além disso, Janaína pode vislumbrar movimentos de interação de sua filha consigo após as mamadas, quando Rebeca a encantava com seus sorrisos.

3.4 Caso 5: Mariana

3.4.1. Histórico

Mariana é uma jovem mulher, de 19 anos, muito falante e com traços de comportamento marcantes. É uma mulata alta, bonita e muito simpática. Assim como as outras participantes desse estudo, não está *estampada* em seu rosto sua soropositividade para o HIV/Aids. Durante a avaliação clínica pré-natal com a enfermeira, Mariana foi alertada que deveria parar de andar de moto, para cuidar do bebê que esperava. Afinal, há poucos meses, tinha tido um aborto espontâneo.

Durante o período da entrevista, Mariana residia com o namorado, Rodrigo, de 30 anos, na casa da avó materna dela. Ela conta que foi essa mulher que a criou desde o seu nascimento. Naquela ocasião, eles estavam construindo uma casa no terreno da avó, para poderem ter um espaço deles para a criação do filho. Com relação ao trabalho, Mariana estava desempregada e Rodrigo trabalhava como cozinheiro em um restaurante. Era a renda dele que os mantinha. De acordo com a participante, a condições sócio-econômicas deles era boa.

No que diz respeito ao vírus HIV/Aids, Mariana acredita que tenha sido infectada em relações sexuais desprotegidas com o ex-namorado, que falecera em decorrência da AIDS. A participante temia que o diagnóstico fosse revelado para a sua avó e para amigos e parentes, devido ao preconceito que ela sabe que pessoas portadoras do vírus sofrem. Rodrigo foi a única pessoa para quem Mariana revelou a sorologia e ele a tem apoiado em todos os momentos. Ele fez alguns testes anti-HIV e todos foram negativos. A seguir, o temor de Mariana com relação a uma possível descoberta do diagnóstico por outras pessoas:

Eu não posso contar pra ninguém, eu não posso contar pra ninguém, sabe, que eu já ficava com medo que alguém descobrisse, e nunca mais falasse comigo, e nunca

mais me olhasse, me apontasse na rua, sabe? Cheia de caraminholas, problemas, sabe?...

... Daí no caso assim todo mundo fica, mesmo não, não querendo, sabe? É que nem sabonete, esse negócio de sabonete, não adianta, a pessoa mesmo sabendo que não passa pelo sabonete a pessoa já fica meio assim, ai, qual foi o sabonete que ela pegou? Qual foi o sabonete que ela, sabe, encostou? E escova de dentes, isso e aquilo, não adianta, sempre tem.

No caso da minha avó. A minha vó já tem 74 anos, né? A gente ta conversando, daí a minha vó fala: mas bem capaz ter alguém com AIDS, que tudo, tudo é AIDS, sabe?... Tudo pega pra ela, imagina se eu contar? Ela vai me matar. Não, a minha vó até que não é tanto, a minha vó até que vai me ajudar, vai me apoiar, sabe, mas eu já fico pensando, bah, ela já é idosa, pode acontecer alguma coisa nela.

Antes da atual gestação, Mariana tinha tido duas outras interrompidas por aborto, o primeiro provocado, do qual ela se arrepende, e um segundo espontâneo. Num primeiro momento, ela relata que não queria engravidar novamente, mas não tomou precauções. Ao responder sobre como vinha sendo a gravidez, desde que ficara sabendo, até o momento da entrevista, ela falou sobre o medo de estar longe do namorado quando o bebê nascesse, pois ele tem que ir para a sede do litoral, durante o veraneio, ficando em Porto Alegre um dia por semana, apenas. Outra ressalva de Mariana com relação à gravidez é a impossibilidade de amamentar o bebê. Ressalta-se que esse ponto foi o mais marcante de toda a sua entrevista.

Eu não tenho vontade de contar pra ninguém. Mas não adianta, alguém vai descobrir, né? Como é que? Daí eu saio do hospital, ah, mas tu não vai amamentar? Não, vou fazer uma mamadeira. Sabe, é meio complicado. Mas agora.

3.4.2 Expectativas durante a gestação

A impossibilidade de amamentar e as expectativas de dificuldade com a mamadeira se somam aos medos provocados pelos insucessos das gestações anteriores, o que parece trazer ansiedade à Mariana.

É a terceira gravidez. A primeira eu tirei, a segunda eu perdi agora essa eu pretendo não perder, né? Daí, assim, é que é meio complicado, né, porque não é, não é normal, sabe, no caso eu, eu não acho normal, imagina assim, que eu já fico com medo, será que vai pegar (a mamadeira), será que não vai passar fome? Será que não vai chorar muito, com fome, o que que eu vou fazer? Sabe? Mas agora já não tenho mais, já tirei todas as minhas dúvidas... Que tipo de mamadeira eu vou dar e se não pegar vai pegar fome, coitadinha, ai, eu vendo, sabe, e não podendo fazer nada, tudo. Mas eu não tenho mais problema sobre isso. Agora eu já to bem, sabe?

Mariana parece ter algumas idealizações sobre a maternidade e um dos motivos dela seria o fato de ter sido abandonada pela mãe, aos 3 dias de vida. Nisso, entra sua vontade repetida de amamentar o bebê e a frustração por não poder fazê-lo.

Porque toda mãe sonha assim, sabe, depois, sair da sala de recuperação, pegar o filho, amamentar, primeira amamentação, isso e aquilo, é diferente, sabe? Daí tu já fica pensando: ah, mas será que, depois que ele nascer como é que vou amamentar? Chegar em casa e fazer mamadeira, sabe? É bem, é meio complicado... É meio estranho, né? Pra um recém-nascido invés de dar o peito dar mamadeira.

Durante toda a entrevista, Mariana trouxe questões sobre a amamentação. A impossibilidade de amamentar causou impactos negativos desde quando soube do vírus: “quando eu assisti palestra eu perguntei, se mesmo eu sendo soropositiva eu ia poder amamentar, ela: não. Eu: ah, não, sabe? Ela disse não, e eu ah não”.

A entrevista de Mariana aponta frustração por não poder amamentar o bebê ao peito, o medo de ter o diagnóstico revelado pela impossibilidade de amamentar e também uma possível rejeição do leite, bem como sua qualidade pior em relação ao leite materno.

Uma atitude de Mariana que chama a atenção é sua preocupação em alertar o bebê sobre a impossibilidade de amamentá-lo ao peito. Mesmo o filho estando na barriga, ela achou prudente explicar para ele sua situação, quando questionada se já imaginava como seria dar-lhe mamadeira.

Me imagino. Não, no caso assim eu já converso bastante no caso com ele na barriga pra ele já ir se acostumando, pra já não estranhar, todo mundo fala: ah, conversa bastante, sabe? Eu adoro conversar, já converso bastante, já explico, tudo, que ele vai

tomar mamadeira... Eu falo. Ahan. (afirmativa). Que eu pareço uma louca conversando, né? Eu já vou explicando, eu acho que, eu acho que a criança entende.

Com relação aos questionamentos alheios sobre a amamentação, Mariana supunha que eles ocorreriam, mas ainda não tinha pensado em justificativas para explicar o uso da mamadeira: “Vão, eu fico pensando, se elas perguntarem o que é que vou dizer?”.

Por fim, Mariana parecia estar informada com relação ao leite que receberia: “Ela me explicou que eles dão acho que 10 latas de leite por mês, tudo, né? Que quando acaba acho que até o 6º mês, sempre tem a reposição, vem, pega direitinho”.

3.4.3 Sentimentos no 3º mês de vida do bebê

Lucas, o bebê de Mariana, nasceu aos 8 meses de gestação, no Hospital Conceição. Rodrigo conseguiu chegar a tempo de acompanhar o parto. O parto foi normal e o bebê nasceu bem. Com um mês de vida, no entanto, Lucas teve bronquiolite, necessitando ficar internado por alguns dias em outra instituição hospitalar.

Ao falar sobre os 3 primeiros meses do bebê e da maternidade, Mariana novamente comentou sobre a amamentação. Salienta-se que toda a entrevista de 3 meses do bebê foi marcada pela impossibilidade de amamentá-lo, sua frustração e os problemas que teve com o leite em pó, a partir do 2º mês de vida de Marcos. Mariana inicia respondendo a entrevista da seguinte forma:

O que me desagradou foi não poder amamentar e o que me agradou foi que no caso assim eu pensava será que ele vai se dar bem com o leite? Foi que ele se deu bem, que eu pensei que eu ia estranhar mais, né? Só que ele se deu bem assim, já.

Um dos temores de Mariana, durante a gestação, era o vazamento da informação de que ela era portadora do HIV/Aids durante a internação pós-parto. No entanto, isso não ocorreu naquele momento e nem naquela instituição, onde houve preocupação na manutenção do sigilo do diagnóstico e em ajudá-la a justificar o uso da mamadeira.

Aqui é tudo reservado, eles perguntaram, é que nem quando eu tava na sala de recuperação, quando, quando ele veio, quando ele vem ficar junto comigo, né? Eles perguntaram: ah, alguém sabe? O pai ou a mãe? Eu disse bem assim: não, ninguém

sabe, ah, só o meu esposo, mais ninguém sabe. Ah, então ta, daí tu mente que ta, ta, que tu ta com muita anemia, tu não pôde amamentar.

Infelizmente, quando da internação de Lucas em outra instituição para o tratamento da bronquiolite, Mariana enfrentou uma situação de desrespeito e falta de ética, que acabou em sua exposição para a família do namorado.

Ahan. (afirmativa). Já lá no ///, perguntaram porque que eu não podia amamentar, tudo, já escancararam... Ao total eram 5 pessoas, daí ela veio fazer, no caso o boletim do guichê, sabe? Sobre ele, já chega e fala, no quarto os outros são soropositivos e ele não, pelo menos o primeiro exame deu negativo, ah, mas tu é? Gritando assim, sabe? Depois eu chamei a chefe e falei, ah, não, lá no Conceição, aonde eu ganhei, é assim, assim, assim, é tudo reservado, eles chamam a mãe, até quem não sabia ficou sabendo, no caso assim, tava a minha cunhada, tava o meu, ah, o meu cunhado, tava todo mundo, o irmão do Rodrigo, todo mundo ficou sabendo.

Conforme previa, Mariana foi alvo de preconceito e afastamento, após ter seu diagnóstico revelado: “Ai, no caso assim a família todo mundo foi embora depois que escutou, ah, eu to indo, eu esqueci que eu tenho hora marcada, todo mundo foi, me deixou sozinha, eu liguei pro Rodrigo chorando”.

Após esse episódio, Mariana pensou que queria enfrentar a situação, desde que os parentes do namorado fossem procurá-la. Assim, pareceu um pouco mais forte, e ao mesmo tempo muito brava, e também disposta a encarar os outros.

Não, ele não tava porque ele passava o dia e a noite, ele passava o dia todo lá e a noite toda, eu disse, ai Rodrigo, eles ficaram sabendo. O Rodrigo: como? Ai, aquela sem-vergonha daquela enfermeira veio aqui e escancarou tudo, se fosse assim, né, tão simples. Daí depois, dois dias, eles, ninguém foi, ninguém foi, daí depois o Rodrigo: ah, tu quer contar? Eu disse: que eu quero contar, não devo nada da minha vida pra ninguém, né? Se eles quiserem perguntar, eles perguntam, eu vou responder, mas eu chegar assim e abrir eu não tenho não. Que nem o Rodrigo: ai, conta, se tu quiser contar eu te ajudo, sabe? Eu disse não, não, se eles quiserem falar comigo eles que venham e falem, eu não vou ta pedindo esmola pra ninguém, ninguém tem nada a ver com a minha vida, mas assim, agora tão me tratando... Não, ninguém falou nada, eu to louca que alguém fale alguma coisa pra mim saber, se não eu vou lá, é assim, é assim, assim. Eu não vou ficar me redimindo pra ninguém e nem pedindo desculpa.

Ainda no que diz respeito à internação hospitalar pós-parto, Mariana passou por algumas situações que são peculiares a mulheres que não podem amamentar seus bebês. Isto é, essas mulheres dependem de regras do hospital. Sabe-se, por exemplo, que um dos motivos de os bebês atualmente poderem ficar com suas mães todo o tempo após o nascimento é devido às mamadas em livre demanda. No entanto, mulheres portadoras do HIV/Aids dependem da boa vontade da equipe da enfermagem em lhe alcançar o leite e a mamadeira, copinho ou seringa para o bebê. Além disso, existe a prescrição no prontuário de que o bebê deve receber o alimento a cada 3 horas, e não conforme seu ritmo. A isso soma-se o fato que era a primeira experiência de Mariana como mãe.

Ah, só que no caso eu arrumei uma enfermeira, ela estava de plantão no dia que eu cheguei e ela: quem não caminhar não, não recebe alta, só que no caso assim ó, tinha duas no quarto comigo só que essas duas já era o quinto filho, daí eu era o primeiro, entendeu? Mas não teve nenhuma mordomia, ah, quer uma coisa vai pegar. Eu não, daqui eu não saio, daqui eu não saio.

Ficou. Daí assim, já como assim eu não amamentei e tudo eu tinha que buscar a mamadeira.

Daí a primeira, a segunda disseram a gente vai ter dar, depois a terceira tu não vem te acomodar que tu tem que buscar, tu tem que caminhar e como é que eu ia caminhar de madrugada sozinha? Eu ficava com medo que roubassem ele.

Outra situação vivida foi estar junto com outras mães que amamentavam seus bebês, enquanto ela era a única que não podia fazê-lo. Assim, a participante viveu um misto de conformidade, aceite da realidade, mas também certa frustração.

Não, assim, no caso eu nem olhava, olhar eu não olhava, que no caso assim eu ficava na parte da janela e as demais do meu lado, né? Praquele de lado eu não olhava, só olhava pra janela. Daí no caso, “ai, que que foi?”, até uma me perguntou, eu disse, ai, não é crime, não é triste, sabe? Desde o começo eu fiquei sabendo que eu não podia amamentar, que no dia que eu engravidasse eu não ia amamentar. Ai, mas não é difícil? Difícil é, mas tu tem que aceitar, daí tu não vai, no caso assim, daí tu vai falar pra ti mesma assim: ai, se eu não posso amamentar, a criança não vai comer, não

pode ser assim, a criança tem que comer, a criança não tem culpa do teu erro, ela: ah, é mesmo. Tu tem que aceitar.

Ainda, a participante enfrentou situações em que teve que justificar por que não amamentava seu bebê, no hospital e quando foi para casa. São situações que desagradam Mariana, que acredita que as pessoas questionam demais sobre a vida alheia. Salienta-se que o motivo alegado, a anemia, é aceito pelos outros sem questionamento, o que remete a uma possível inexistência acerca de impeditivos à amamentação entre aqueles que estão em seu meio, ou então, que a curiosidade pode ser pautada por um pouco de censura ou bom senso.

Todo mundo perguntou... Ahan (afirmativa), eu falo da anemia. É que nem agora eu tenho, até, eu falo, não, eu tratei da minha anemia a minha gravidez toda e ele não pegou, só que agora ele pegou. Ta, mas por que que tu não amamenta? Todo mundo pergunta, daí às vezes eu até me enrolo. Digo, não, agora não, agora ele nem quer. Agora eu não tenho leite mais. Daí eu falo... Ah, dou uma mentida, né? Ai, às vezes eu digo: o que é que tanto querem saber da vida dos outros? Me perguntam, me perguntam. Eu saio na rua: ai, ta bem gordinho, ta amamentando? Não, não to amamentando. Até eu já vou respondendo, nem espero a pessoa perguntar por que, já digo da anemia, eu tenho anemia, agora ele ta tendo anemia, entendeu? Ai ta, ta desculpa.

No hospital Lucas teve iniciada sua rotina de aleitamento, no que se refere a quantidade e horários, mas Mariana tinha ressalvas em relação a isso. No trecho a seguir, assim como em toda a entrevista, ela fez comparações entre mamadeira e leite materno, sempre achando pior a segunda forma de nutrição.

Eu acho que não deveriam de fazer isso com as crianças, no caso assim eles deram só 10 ml, pra ele, em 3 em 3 horas, aí depois aumentaram de 10 em 10, né? Antes de eu vir embora ele já tava tomando 30, eu disse no caso assim, ah, que nem peito tu, tu não determina a quantidade, né? A criança, a criança que dá o seu limite, ah, não quero mais, ou ah, eu vou ficar uma hora mamando, é quem nem ele eu já não tinha, eu até briguei com uma nutricionista que ela chamou ele de, de morto de fome. Eu disse assim como é que o nenê vai ser morto de fome? Não é que ele é morto de fome, só que ele ta com fome, ele ta mamando 10 ml de 3 em 3 horas, eu acho que

isso não se faz, né? Aí depois mudou, mudou de, mudou de turno, tudo e eu pedi e ela aumentou pra 30, só que 30 ele pedia mais, ele toma 240.

No entanto, Mariana está tentando conhecer o seu bebê, sua fome e também suas formas de interação enquanto o amamenta.

Mas no caso assim, é que nem, ele toma 240, as vezes ele fica 4 horas sem mamar, daí sustenta, daí no caso assim, como eu dou papinha onze e meia, onze horas, depois ele só vai mamar quase 3 horas da tarde, é onde vai sustentando, daí no caso de 240 ele já ta tomando 150, então no caso assim, eu encho, eu deixo ele dar o limite dele, mas só que não chega tudo mas eu até sei o ponto, tu sente, e no caso eu mexo que ele é muito gordinho, daí eu falo pra ele, e ele dá risada.

Ele gosta. Faz mama de madrugada ele adora brincar, é campeão, coloco na boca ele fica com a língua pra lá e pra cá, pra lá e com a mamadeira pra mim ficar alisando, né? Eu comprei até uns bonequinhos pra ele pra gente colocar na boca, ele fica chupando, que nem bico, eu não tenho nada daí, eu dou mamadeira ele não quer, ele quer ficar chupando e chupando.

No caso assim eu fui dar, daí ele pegou, eu disse ah, dei quietinho, pra ele engolir, né? Ele cuspiu, tudo, tudo, eu disse: tu é sem-vergonha, vou te pegar. Daí só tu falar que vai pegar ele, ele já começa a rir.

Além das falhas nutricionais e frustrações emocionais decorrentes do uso da mamadeira, que serão apontadas posteriormente, Mariana cita a menor praticidade do uso da mamadeira, em relação ao peito.

Eu disse: ah, seria uma maravilha, por outras coisas também, né? Daí no caso, tem vezes de madrugada que ele se acorda 3, 4 horas da manhã pra mamar 2 mamadeiras. Tem que esquentar, daí levanta, no caso assim é que nem na rua, daí não precisa levar mamadeira, daí eu coloco duas mamadeiras, enrolo, assim, e ele toma, daí no caso assim daí a gente não pode demorar muito na rua, daí já se fosse o peito seria bem melhor.

No que diz respeito aos problemas nutricionais, Mariana está muito ansiosa, pois não estava conseguindo ver adaptação do bebê ao leite. No entanto, não temos dados suficiente para diferenciar o quanto os problemas relatados a seguir são realmente causados por problemas de aceitação de Lucas e o quanto são decorrentes da rejeição da Mariana por um substituto ao seu leite. De qualquer forma, o problema concreto existiu e causou problemas importantes.

... só que no caso assim, já como que eu tive tanta mudança de leite, agora ele quer todos, que eu comecei com o, quando eu recebi do, que no caso eu testei quase 6 tipos de leite pra mim poder acertar agora.

Ele não quis, não quis nenhum. Assim no caso ele mamou um, quando eu saí do hospital eles me deram assim pra mim 4 latas, até eu fazer o cadastro no posto, aí já me deram quando eu recebi alta já me deram 4 latas até, daí tinha que durar até eu fazer o cadastro, né? Tinha que fazer no posto, o posto mais próximo da minha casa aonde que eu tinha que carteirinha, né? Daí no caso eu ganhei o Bebecel que daí o bebê tomou um mês, só que depois não teve jeito, daí é com água, daí mistura.

Não, nem chupar ele queria chupar, ahan, ahan (negativa), rejeitou de primeira, depois de um mês, né? Mas depois eu tentei outro leite, tentei arrozina, a minha mãe fazia pra mim, né? Tentei no caso farinha Láctea, daí no começo ele mamou.

A gente comprava. Farinha de aveia, água de aveia. E Nan, ou próprio, sabe? Porque daí a gente voltou pra /// daí ele não quis, daí depois a gente tentou dar o Bebecel daí também ele não quis, então no caso agora ele ta tomando o Mucilon, só quer tomar Mucilon, não tem.

Ta tomando, só que no caso assim ele toma um mês e depois ele já enjoa, depois não quer mais, só que no caso assim lá em casa tem um depósito de leite depois ele não, ele, ele não queria leite de caixinha, daí ele quer o leite, só o leite de caixinha, o Batavo, só esse que ele toma, não toma outro, ele não toma nem morno, nem muito gelado, no caso assim tu abre a caixinha e já dá pra ele, é assim que ele toma.

Não, daí no caso de um mês pra cá que ele começou a ter. Que foi desde a época que ele não quis mamar, que ele passava quase uma semana sem comer e eu correndo,

correndo no hospital e não ninguém me falava nada, daí tiveram que colocar sonda nele, e é por isso que ele começou a ter anemia.

Mariana parece idealizar que tudo seria diferente, caso ela não tivesse o HIV/Aids e assim pudesse amamentar Lucas. Conforme sua fala trazida a seguir, amamentar é um grande sonho em sua vida. Mariana relatou pensar, acima de qualquer outro benefício de uma possível descoberta de cura da infecção, a realização de sua vontade de dar leite materno a um filho.

Não, é que nem eu falo pro Rodrigo, se eu pudesse amamentar nada disso teria acontecido. Por causa que eu acho que ele não vai rejeitar o peito, no máximo que pode no caso assim é, é ele não, não, como é que eu posso dizer? Não matar tanto a fome dele, entendeu? Eu acho que rejeita, ah, ah (negativa). É como eu falei pro Rodrigo esses dias, tava a gente conversando, ontem, a gente tava, segunda-feira tava a gente conversando, se um dia descobrirem a cura, a primeira coisa que eu vou pensar é em ter um filho, só pra ter a experiência de amamentar, o Rodrigo, ai, Rodrigo, eu disse, ai, é porque tu não é mãe. Tu não sente, entendeu? Eu passo 24 horas com ele, já tu não, se tu passa 8, 9 horas é muito. A primeira coisa que eu ia é um filho que eu ia querer, o Rodrigo, pra que? Mais um? Eu assim, não, não é mais, não é pelo fato de mais um, mais dois, sabe? É só, é só pelo fato de amamentar.

Afeta sim, totalmente porque todas as mães já querem assim protegem os filhos, amamentar, já tendo o HIV é totalmente ao contrário. Já tem a mamadeira, isso, é que nem eu falo, eu tava conversando com Rodrigo, assim, tu acha que eu, eu, eu podendo amamentar tão cedo, tão cedo não ia querer fazer a mamadeira. Não sabe o que que é isso, as outras crianças é só lá por quase 6 meses. Já tendo, a primeira hora, vai mamadeira. Só mamadeira, já começa tão cedo, sabe? Eu acho que isso.

Além da idealização da amamentação, Mariana também supõe que exista no bebê um instinto inato que o faz preferir o leite materno ao artificial e todo o contexto envolvido. Isso parece aumentar sua insatisfação com relação ao uso da mamadeira.

Ai, eu falo assim, que nem, às vezes quando ele ta enjoado, eu vou dar a mamadeira, não, ele vem pro mesmo lugar, ele já fica procurando com a boca aberta, ai, coitadinho, daí eu dou com outra pessoa, ou se não eu coloco mais uma roupa pra ele

não sentir o cheiro. Ou se não eu coloco aqueles protetores que até vazam, tem dias que vazam, de tão leite, de tanto leite, eu tiro. Então no caso eu perguntei pra ginecologista se não podia me dar mais uns comprimidos pra secar, ela falou que não.

Não, no caso assim, que agora os que eu tomei já é forte, mas não ta adiantando porque eu tenho muito leite, daí no caso assim ela falou que eu to estimulando tirando, mas se vaza, né? Daí eu vou tirando, no caso assim quando toma esses remédios ela me explicou que tu não pode incentivar, tu não pode tirar, tu tem que deixar, eu disse: ah, mas às vezes assim eu saio na rua e não vejo, daí eu volto em casa, eu volto pra casa ta tudo molhado, tudo escorrendo, mas é muito, muito, muito leite. Daí no caso, né, que nem ela falou, “mas não parece”, mas daí no caso ela tava, daí ela olhou, né? Daí esparramou leite por tudo, tava voando leite por tudo. Daí no caso assim, quando ele, ele ta enjoado, ele chega perto de mim, ele dorme bem rapidinho... Por causa do leite, que ele já vai, já vai abrindo a boca.

De qualquer forma, Mariana acredita que o fato de ter conversado com o bebê durante a gestação, conforme relatado anteriormente, a ajudou:

Não, porque no caso assim, sempre me falaram que era bom eu conversar com o nenê desde a barriga, pra ele entender, eu sempre, eu até expliquei o que eu tinha, eu falei assim, não, a mãe não vai poder te amamentar, por causa disso, disso e disso.

Com relação à participação do pai do bebê na sua alimentação, Mariana ainda não tinha lhe dado permissão para isso. Porém, ela deixava que sua avó e sua irmã lhe ajudassem.

Me atrapalhava assim, daí ele ficava bem no meu caminho. Sai daqui, Rodrigo. Ai, só um pouquinho, só to dando uns beijinhos nele. Assim ele ficava, o guri chorando, com fome. Deixa eu ficar mais um pouquinho, deixa eu dar o mama, ele tinha medo, e eu tinha medo que ele deixasse ele se afogar, né? Então eu não deixava, eu disse não, não, quando ele tiver maiorzinho daí tu dá. Daí agora ele não quer mamar com o pai dele, daí só mama comigo, antes de sair, a minha irmã já começou a dar papinha e eu já deixei a mamadeira pronta. Aí eu disse: qualquer coisa vocês me ligam. Só quer mamar comigo, só quer mamar comigo, então como eu já sei mais ou menos os horários eu já dei, né? Porque eu dei uma antes e eu deixei uma com a minha irmã, pronta.

Ainda, Mariana comentou sobre a introdução de novos alimentos precocemente. E também sobre o ganho de peso do bebê.

No caso frutas, e cenoura, batata, abóbora, moela, franguinho, assim, tudo ele come. Tudo, daí no caso assim, né, é que nem a gente dá um pouquinho na colherzinha, daí ele come, daí ele se cansa, ele já quer comer tudo de uma vez só, a gente coloca na mamadeira.

Daí no caso eu acho ele muito pequenininho ela falou pra mim ir indo //// só que eu não falo /// é uma vez por mês que a gente vai, daí, daí ele já vai acompanhando, porque na carteirinha dele, quando eles fazem aquele medida do peso, ele subiu muito rápido, agora ele tem que ficar na faixa verde, ela me explicou, né? Só que tanta a mamadeira ele vai, ele vai acabando engordando, engordando, engordando, até se tornar obeso, por isso que ela já começou cedo porque tem muita anemia, a anemia dele é quase profunda.

Por fim, novamente é transcrita uma frase falada por Mariana, que denota a importância e a idealização da amamentação para ela: “... se um dia descobrirem a cura, a primeira coisa que eu vou pensar é em ter um filho, só pra ter a experiência de amamentar”.

3.6 Caso 6: Fabiana

3.6.1 Histórico

Fabiana foi convidada a participar do estudo logo no início do mesmo. Ela e o marido, João, prontamente consentiram a participação. A primeira impressão foi de que Fabiana era uma mulher madura e esclarecida, com aparente nível sócio-econômico mais elevado do que as mulheres recrutadas na seqüência da pesquisa. Os indícios para a formação dessa idéia foram sua forma de falar e as informações fornecidas pela equipe de enfermagem. A participante estava com ótima aparência durante o período final da gravidez, quando foi realizada a entrevista. Sua alegria pela expectativa de dar à luz a primeira filha era contagiante.

Com relação à sua família, Fabiana morava somente com o marido, em uma casa próxima à de sua mãe, na região metropolitana de Porto Alegre. Fabiana e João namoraram

uns 2 anos e estavam casados há pouco mais de 8 meses. A gravidez, primeira na vida dos dois, ocorreu assim que se deu o enlace. Eles esperavam uma menina, que chamariam de Roberta.

Fabiana e João tinham ensino médio completo, e ambos trabalhavam. Ela era empregada em um laboratório e o marido tinha uma microempresa. Naquele momento, Fabiana estava em licença-maternidade, que se iniciara quando ela teve um sangramento e recebeu atestado médico repouso até o parto.

No que se refere ao HIV/Aids, o diagnóstico de soropositividade do cônjuge que fez com que Fabiana investigasse a sua própria. João passara por internação hospitalar por suspeita de toxoplasmose, que ela chama de “doença do gato”. Durante o período internado, constatou-se que ele tinha lesões no cérebro, tendo permanecido inconsciente alguns dias. Nesse tempo, foi realizado o teste anti-HIV, que João recebeu em companhia de Fabiana, que na época era sua noiva. A seguir, ela realizou o mesmo exame, tendo igual resultado. Fabiana comenta que não há cobranças entre eles no que diz respeito a qual dos dois foi o transmissor. Entretanto, enfatiza sua desconfiança de que foi ele, pois era “muito namorado”, além disso, ela doou sangue pouco antes de conhecê-lo e os testes não acusaram qualquer infecção, após a doação, a única pessoa com quem ela teve relações sexuais foi João. Ademais, Fabiana contou que ele teria sido o segundo homem com quem ela tinha tido sexo, e que o primeiro namorado, que ela soubesse, não tinha o vírus. A seguir, um trecho de sua entrevista, comentando sobre o assunto. Cabe ressaltar que Fabiana fala em amar João e seu sentimento parece influenciar suas reações e conduções do problema que recém descobrira.

Conforme verificado no trecho anterior, Fabiana não conta com o apoio familiar, porque não quis revelar o diagnóstico a nenhum familiar. Ela teme pelo preconceito e pela suposta ignorância de seus parentes, conforme citado. Entretanto, a participante considera que sua família seja unida.

No que diz respeito à gestação, Fabiana acreditava que o marido não podia ter filhos, pois eles estavam juntos há 2 anos e ela não tinha engravidado, e ele não tinha tido filhos com outras mulheres. Outra questão é o próprio vírus, fazendo com que Fabiana não quisesse engravidar com medo de contaminar o bebê. No entanto, essa idéia equivocada de que o marido era estéril e seu descuido com o uso de métodos contraceptivos, influenciados

por fatores que não estamos instrumentados para explicar nesse estudo, a levaram a engravidar logo que casou.

Assim, no início que eu fiquei sabendo né, fazia 1 mês que eu tava casada e aí eu fiquei sabendo que tava grávida e daí meu pânico assim né, porque depois que eu fiquei sabendo que eu era soropositiva eu disse assim, né, não vou querer mais, né, não vou querer nenê. Porque daí é complicado né, riscos, né, a gente sabe o risco é pequeno, mas pode correr, né? Daí eu fiquei meio em pânico assim, mas daí eu, o João, a gente conversou e tudo e a gente também conversou com as gurias (equipe de enfermagem da infectologia) aqui né e elas disseram que não, que o risco era pequeno tudo, né? ...

Fabiana mostrou-se muito cuidadosa no que diz respeito a seguir todas as recomendações médicas para evitar a transmissão vertical. Ela entendia que, seguindo as prescrições, o bebê ficaria com pouco risco de ser contaminado. Ademais, a participante também acreditava que uma suposta vontade divina influenciaria o resultado do seu esforço e das recomendações e intervenções médicas, conforme citado anteriormente. A seguir, uma fala que retrata seu zelo e de sua obediência às recomendações médicas.

É, é preocupante, né? É preocupante porque a gente sabe que o risco é pequeno, mas tem risco, né? Mas... Eu faço tudo que mandam, né? Se o médico disser que assim, que tem que tomar 10 litros de água para evitar que passe para o nenê, eu faço tudo o que o médico diz, né? É muito pelo médico, né, para evitar que passe para ela, né. Porque no caso ela é tudo para mim, então... Claro, a gente se preocupa, né? Que nem que eu tive, esse problema de... sangramento, eu tive que me encostar, eu tive que ir para o INPS. E eu fui, eu vou ficar em casa, eu vou me cuidar, porque Deus o livre que aconteça algo com ela. Até para não... Que eu me incomodava um pouco no serviço né, e eu digo: Ah, melhor ficar em casa que assim eu fico mais tranqüila e não vai acontecer nada com ela. O que eu puder evitar, da minha parte para evitar... Mas só Deus mesmo.

3.6.2 Expectativas durante a gestação

No que diz respeito à alimentação do bebê, o que ocupava os pensamentos de Fabiana naquele momento eram as justificativas que daria a outras pessoas, caso lhe

perguntassem. Então, a preocupação era a revelação do diagnóstico devido ao uso da mamadeira todo o tempo. Aparentemente como uma forma de conforto para viver a situação, ela questionava sobre sua própria capacidade de nutrir um bebê com o próprio leite, caso isso fosse possível.

me preocupa bastante assim até pelo fato de não poder amamentar. O que os outros vão perguntar? Porque tu não tá dando mama, porque tu não vai amamentar, né? Então a gente já conversou com o João, né? E conversou com o médico pra ver o que a gente pode dizer. E daí eu vou dizer que não tenho, que não tenho leite, secou, não saiu. E não vou deixar a criança chorando de fome, né? E eu já tentei parar eles assim também, né? Ah, eu acho que não vou ser boa de leite porque não tenho nada, o meu seio é bem murchinho, não sei o que. Já tento, né... pra não ter muita curiosidade depois. Mas preocupa, né? Eu vou ter que ta sempre com uma desculpa pra dar.

Por ser uma pessoa que sabe onde buscar informações, logo que soube da soropositividade a participante foi se instrumentalizar acerca do HIV/Aids, e assim, acabou sabendo que o vírus poderia ser transmitido na amamentação. Assim, quando o médico comentou, durante a gravidez, que ela não poderia amamentar, Fabiana não ficou surpresa.

Não, eu já sabia, não, eu já sabia, porque assim, quando eu soube que eu era soropositiva, eu tentei me informar de todas as coisas, eu entrei em sites pra saber e tudo, então eu já sabia que um dos meios que transmite né, o leite materno, então eu já sabia né, que mãe com HIV não amamenta então...

Com relação à amamentação do bebê, os sentimentos de Fabiana diferiram-se dos de outras participantes desse estudo. Conforme descrito acima, ela entende que qualquer recomendação que o médico faça seria como uma lei a ser seguida à risca: Ah, às vezes é meio frustrante tu saber que tu não vai poder amamentar o teu próprio nenê, mas se é pro bem dela, então tem que ser assim”. Experiências prévias na alimentação dos sobrinhos também ajudam Fabiana a ter mais expectativas positivas com relação ao uso da mamadeira com seu bebê. Em sua família, a amamentação ao seio, em geral, durou pouco tempo.

Acho que vai ser normal assim. Até porque as outras crianças eu já tive contato assim, já tive experiência assim que nem meus sobrinhos né. Eles mamavam pouco

tempo no seio e já passavam pra mamadeira. Então eu não tenho assim muita preocupação assim nessa parte de como fazer o mama, como preparar, sabe? A gente já sabe. Já tem assim uma experiência, né? Ah, mamar de 3 em 3 horas, aguinha, chazinho, aquele negócio todo.

Com relação à ajuda de familiares na alimentação do bebê, Fabiana acreditava que sua mãe poderia fazer isso: “A minha mãe, eu acho, ela tem bastante experiência porque ela tinha um monte, ne? Ela tinha creche em casa, então ela tem bastante experiência né, nessa parte. Acho que minha mãe vai me ajudar”.

3.6.3 Sentimentos no 3º mês de vida do bebê

A filha do casal, Roberta, nasceu dias antes do previsto, com pouco mais de 8 meses de gestação, de parto normal, com quase 3 kg. Durante os primeiros meses, o bebê não teve qualquer problema de saúde. Fabiana respondeu às entrevistas e questionários em duas sessões, ambas com a filha no colo.

Antes de avançar, comenta-se um fato importante que aconteceu entre a entrevista da gestação e a do terceiro mês. Após aquela da gestação, Fabiana estava muito apreensiva, pois teria recebido uma visita domiciliar e questionava se a mesma não teria sido feita por mim e outra pesquisadora do estudo. Por mais que alegássemos que não tínhamos ido até sua casa, ela não pareceu acreditar, argumentando que seus parentes teriam dito que duas psicólogas do Hospital Conceição teriam ido até lá quando nem Fabiana, nem João estavam. A apreensão da participante era devido a uma suspeita de quebra de sigilo e risco de revelação de diagnóstico de soropositividade, seu e de João. Naquele momento, recém tínhamos iniciado o estudo e houve certo mal-estar, tanto dos participantes, quanto da enfermeira da unidade sobre a forma como conduziríamos a confidencialidade dos dados. O zelo de toda a nossa equipe tem sido cumprido em todos os momentos e todos os contatos têm sido feitos pessoalmente, no GHC, ou por telefone, somente com os participantes. Diante disso, logo que iniciou a entrevista do 3º mês, Fabiana falou que tinha verificado que realmente não tínhamos sido nós as pessoas que foram à sua casa, e sim agentes do posto de saúde de seu bairro. Eles estavam atrás da gestante para que ela fizesse a solicitação do leite em pó, pois teria o bebê em seguida e não tinha feito o credenciamento até aquele momento. Assim, constata-se que o impedimento da amamentação, bem como a

postura dessas pessoas, quase expuseram a soropositividade de Fabiana para sua família, além de quase ter quebrado sua confiança em nossa equipe, por um espaço de tempo, por algo que não tinha nenhuma relação conosco. Após esse esclarecimento, Fabiana comentou sobre como estavam sendo os primeiros 3 meses de seu bebê, Roberta. O primeiro momento que Fabiana comentou sobre a alimentação da filha foi quando solicitada a descrever-se como mãe. A participante descreveu-se como uma boa mãe e incluiu a nutrição de seu bebê como um dos exemplos que a qualificariam assim.

Ah, sei lá, sou uma mãe assim, acho que bem atenciosa, sabe? Bem. E dou conta assim do cuidado, né? Tem que lavar roupinha, tem que dar mama, fazer mama na hora, aquela coisa toda, sabe? Eu consigo colocar tudo em ordem, tudo nos devidos horários, né? Por isso eu acho que eu sou uma mãe boa, eu não posso avaliar o meu próprio trabalho (risos), mas se fosse pra mim dar uma nota pra mim eu acho que eu sou uma mãe assim que não precisaria mudar muita coisa, sabe? É meio complicado assim, a gente mesmo se avaliar né, mas.

No 1º mês de vida de Roberta, uma das dificuldades relatadas por Fabiana foi com o substituto do leite materno. A participante acha que as cólicas que sua filha teve se deram por causa do mesmo. Juntamente com a médica pediatra, ela encontrou logo a solução para o problema.

ah depois de 1 mês, quase 1 mês, ela tava com quase 20 dias, ela teve cólica por causa do leite, por causa do NAN, né? Aí ela teve cólica, ficou atacadinha, daí era que, daí fiquei, daí chorava muito, né? De cólica. Daí fui falar com a pediatra, a doutora trocou o mama, né? Intercalou assim o NAN, daí ficou tudo tranqüilo, daí assim, mama, dorme e mama. Não incomoda, daí é bem, bem calminha.

Com relação ao uso da mamadeira, desde o nascimento, até a entrevista, as dificuldades vivenciadas por Fabiana foram com a curiosidade alheia sobre os motivos que a levaram a não amamentar, e também a necessidade de adequar a fome do bebê à rotina do hospital. As perguntas foram feitas tanto em casa, pelos parentes próximos,

Ai, assim, ó, foi meio complicado pra explicar pro pessoal, sabe? Porque ninguém sabe, né? (pausa de 45 s para atender o nenê). Daí assim, é meio complicado de

explicar pro pessoal, né? Ai, que ela não pode mamar no peito, ai, daí eu dei umas desculpas que eu não tava tomando um remédio, um medicamento, que eu não pude tomar antes, que já tava previsto, então, aí a mãe agora insiste, tenta dar, né? Eu disse não, não quero, não tenho, não adianta dar, né? E aí é meio complicado, aí chega um: mas como que tu não deu? Tem que dar, né? Aí isso assim meio frustra a gente, assim, né? Mas o fato de ter que preparar mamadeira, isso aí não é.

No hospital também foi questionada, quando ela esteve internada por 3 dias (2 noites), mas Fabiana parece ter lidado bem com isso. Ela entende que esse é um assunto que não diz respeito às outras pessoas:

De 3 em 3 horas era leite em copinho, daí tomava no copinho, daí até as outras companheiras do quarto, né? Ai por que, por que tu não dá mama no peito? Dá mama no peito... Daí eu inventava desculpas, né? Ai, que eu tava tomando medicamentos, né? Elas ficavam meio assim, né? Meio desconfiadas, e eu não tinha que ficar dando explicações também, pra elas, né? Elas não têm nada com isso, mesmo.

Assim, o constante questionamento parece não ter causado tanto sofrimento para a participante, pois ela entendia que estava fazendo o melhor para a sua filha:

Ai, me sentia meia, ai, né? Às vezes meia culpada assim, né? Mas dizia, ai, fazer o que, né? Se é pro melhor dela, né? Pra que que eu vou, se eu sei que é um meio de evitar, né?

A outra dificuldade apontada por Fabiana refere-se à rotina do hospital e a impossibilidade de praticar a alimentação por livre demanda, que é aquela recomendada na maioria dos casos.

Até assim, ó, me sentia até mal quando chegava a hora do mama, né? E ela começava a chorar, aquelas primeiras horas assim que eu não sabia se era o mama que vinha, se não era, né? E daí o mama vem de 3 em 3 horas, né? E daí aquilo ali eu pensava 'ai, se fosse na teta, eu já botava na teta, mamava e não tinha assim por hora, né?' Mas não, no resto correu tudo bem assim, não, não foi muito.

Diferentemente do que viveram as outras participantes do estudo, Fabiana não teve leite no peito após tomar a medicação cabergolina. Fabiana chegou a fazer uma brincadeira com o fato de não ter leite:” ... Não precisei enfaixar nada. Acho que eu não ia ser muito boa de leite, mesmo (risos)”.

Até o terceiro mês, a alimentação de Roberta ocorreu quase tal como foi recomendado na alta hospitalar. Entretanto, Fabiana parou com a fórmula infantil fornecida antes do que fora recomendado, pois acredita que o uso da aveia estava sendo melhor, o que ela achava indícios nas fezes do bebê.

... ela tomou NAN até os 3 meses ela tomou, né? O primeiro mês ela tomou só NAN, aí depois os dois outros meses ela tava tomando intercalado, assim, uma mamadeira de NAN e uma de aveia, né? Aí agora ela já tomou suquinho, agora ela ta tomando só aveia, não to mais dando NAN porque, até porque resseca muito, né? Daí é uma dificuldade pra fazer cocô e daí só com aveia é normalzinho assim, aí eu to dando só aveia. E daí ta bem gordinha então ta dando resultado. (risos)

Com relação a uma possível diferença entra amamentar no peito e dar leite na mamadeira, Fabiana considera que sua falta de experiência prévia não permite que ela faça comparações.

Porque como eu nunca tive outro filho, nunca amamentei, né? Então pra mim mamadeira não é. Se bem que se eu tivesse outro filho que eu tivesse amamentado e agora tivesse ela e não pudesse amamentar, né? Daí ia ficar diferente, mas como eu nunca amamentei, então eu nem sei o que que é amamentar.

Ademais, a experiência com a mamadeira foi considerada *normal* por Fabiana. Ela comentou que Roberta mamava, até o 3º mês, de 3 em 3 horas, e que nos intervalos tomava algum suco ou comia fruta amassada. Além da aveia, que anteriormente foi comentado que o bebê tomava, Fabiana tentou outro alimento, mas percebeu que a filha rejeitou. Com relação ao momento da amamentação, a participante não fez qualquer menção a comportamentos interativos do bebê, atendo-se apenas aos alimentos dados. Apenas acreditou que sua filha já tinha algum tipo de preferência.

... até essa semana a gente comprou Mucilon, né, ah mãe disse, ah, compra Mucilon, que é bom, né? Comprei, daí fiz mama pra ela, daí ela não gostou muito, sabe? Não gostou muito, botou tudo pra fora da boca, aí eu disse, ai, já sabe o que gosta, né? Desse tamanhinho e já.

Fora isso, Fabiana também comentou sobre o comportamento de sua filha durante a alimentação, descrevendo a filha como tranqüila: “Se comporta bem. Não é assim aquelas crianças jogam tudo da boca, fiasqueira, bem tranqüilinha pra mamar”.

Com relação à ajuda, assim como previra durante a gestação, ela conta com o apoio de sua mãe para alimentar Roberta. Diferentemente das outras participantes, Fabiana parece ter sido a maior responsável por alimentar sua filha, inclusive, ela não relatou, em nenhum momento, a participação do pai do bebê na lactação de Roberta.

Por fim, Fabiana contou que, uma vez que parou de dar o leite fornecido pelo posto de saúde, tem tentado buscar o mesmo para poder doar ao Serviço de Infectologia, para que fosse dado aquelas mulheres que tivessem necessidade.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi investigar as expectativas, durante a gestação, e os sentimentos, após o nascimento do bebê, de mães portadoras do HIV/Aids frente à recomendação da não-amamentação do bebê, dado o risco de transmissão vertical do vírus. Neste capítulo, pretende-se discutir aspectos comuns e particulares dos casos, dividindo-os pelas mesmas categorias do capítulo de Resultados: Histórico, Expectativas durante a gestação e Sentimentos no 3º mês de vida do bebê.

4.1 Histórico das Participantes

Todas participantes eram mulheres típicas, que viviam situações cotidianas compatíveis com pessoas de contexto sócio-econômico parecido com o seu. Por exemplo, desemprego, preocupações com os filhos e com a casa. Nenhuma delas tinha em sua fisionomia qualquer sinal que indicasse a soropositividade para o HIV/Aids, desmistificando eventuais preconceitos em torno de portadores do vírus.

Com relação à situação conjugal, todas tinham parceiros fixos, residindo com os mesmos. O tempo entre namoro e concubinato foi menor de 1 ano, com exceção de Fabiana, a única casada formalmente, sendo esta uma das características que a diferenciam do grupo investigado. Outros dados que chamam a atenção se referem à variação de tempo entre o início do namoro, o concubinato e a gestação. Em menos de 1 ano, Jaqueline e Mariana começaram a namorar os pais dos bebês, engravidaram e foram morar com eles. Passou-se menos de 1 mês entre o casamento de Fabiana e a concepção da filha. Helena e Janaína já tinham filhos com o companheiro atual e Inês estava morando com o pai do bebê há mais de 5 anos antes de engravidar.

No que diz respeito ao trabalho, apenas a participante Fabiana tinha emprego formal. Entre as demais, Helena era a única a trabalhar de forma eventual. As outras eram donas-de-casa e dependiam financeiramente do companheiro e/ou parentes. Segundo Vermelho et al. (1999), essa é uma característica da submissão comum entre mulheres portadoras do vírus.

As histórias de infecção narradas pelas participantes parecem confirmar a tendência atual, que é de crescimento do número de casos entre mulheres heterossexuais vivendo relacionamentos estáveis (Brasil, 2006a; Souza Jr., Szwarcwald, Barbosa Jr., Carvalho, & Castilho, 2004). Pelo que pudemos apreender das entrevistas, essas mulheres foram vulneráveis, e não promíscuas, como muitos podem pensar, tendo contraído o vírus em relações sexuais com parceiros fixos. Entre as causas que levaram à contaminação, encontramos o desconhecimento sobre as formas de transmissão em razão da idade (ex.: Jaqueline), a submissão ao companheiro (ex.: Janaína e Fabiana) e o subjugamento do risco existente nas relações sexuais desprotegidas (ex.: Inês, Helena e Mariana).

Com relação à gestação, chama a atenção que somente uma das participantes (Inês) relatou algum tipo de planejamento, enquanto as outras disseram que não queriam ficar grávidas, embora não estivessem seguindo qualquer medida contraceptiva. O mencionado não-planejamento da gestação não parece ter tido impacto sobre as expectativas e os sentimentos com relação à não-amamentação. Cabe salientar que 4 participantes conheciam o diagnóstico de soropositividade antes da gestação, mas não pareceram ter se prevenido contra possíveis reinfecções, não tendo realizado comentários sobre o uso de preservativos de forma sistemática. De qualquer forma, todas pareciam felizes porque dariam à luz, embora temessem o risco de transmissão. Esse temor mobilizou em algumas (Ex. Janaína, Helena, Fabiana) o sentimento de não querer levar a gestação a termo, mas nenhuma tentou abortar.

Outra preocupação foi com relação aos cuidados em seguir a profilaxia para a transmissão vertical, para evitar que os filhos “herdassem” o vírus. Cinco participantes estavam engajadas no tratamento, seguindo à risca as orientações. Janaína foi a participante que se diferenciou nesse ponto, embora tenha realizado todas as consultas pré-natais. É pertinente salientar que o estudo foi realizado em uma unidade especializada nesse tipo de prevenção, o que pode ser uma das justificativas para o fato de as seis participantes seguirem as orientações da equipe.

Com relação aos pontos comentados nessa seção, chamamos a atenção para a participante Fabiana. Esta foi a participante com maior organização em diferentes aspectos de sua vida e foi a que teve a postura aparentemente mais tranqüila com relação à maternidade. Nota-se que suas expectativas e sentimentos também se diferenciaram

daqueles das outras participantes. Suas características pessoais podem explicar esse fato até certo ponto. No entanto, é possível identificar, em alguns trechos, uma posição defensiva frente à recomendação de não amamentar a filha, conforme será visto a seguir.

4.2 Expectativas durante a gestação

Durante a gestação, todas as participantes fizeram ao menos um comentário sobre o tema da não-amamentação, antes que a pergunta norteadora sobre o assunto fosse realizada. Duas delas, inclusive, tiveram como tópico central de sua entrevista a frustração por não poderem amamentar. Cinco participantes verbalizaram considerar a amamentação importante, enquanto uma (Fabiana) se mostrou mais defendida, expondo menos seus sentimentos.

Todas as participantes estavam informadas da recomendação da não-amamentação devido à soropositividade. Considerou-se importante investigar seu conhecimento prévio com relação a essa impossibilidade, bem como o que elas sabiam sobre o assunto até o momento da entrevista, porque o uso correto das informações era crucial para seus filhos.

Constatamos que é importante considerar o momento em que foi realizado o teste anti-HIV. Inês e Helena receberam o diagnóstico durante a gestação e, conseqüentemente, diversas informações relevantes, incluindo a recomendação de não amamentar. Essas participantes ainda estavam sob forte impacto das notícias e restrições, mas foi importante que recebessem instruções ao longo do pré-natal, para terem maior sucesso na substituição do leite. No entanto, o tempo de conhecimento da soropositividade, bem como acesso às informações, não pareceu ter sido suficiente para modificar as implicações emocionais da não-amamentação.

As participantes (ex.: Inês, Jaqueline, Helena) comentaram sobre a menor praticidade e a rotina do uso da mamadeira em detrimento do seio para alimentar os bebês. Elas consideraram mais trabalhoso preparar o alimento do que levar o bebê ao seio para nutrir-se. Elas imaginavam essa dificuldade tanto em casa (ex.: Helena, Jaqueline), quanto na rua (ex.: Inês). Com relação a essas dificuldades, constatou-se que Helena estava tomando providências. Elas compararam as duas formas de alimentação e Jaqueline acabou mencionando dúvidas com relação à forma de usar a mamadeira, bem como a segurança desse processo.

As participantes consideraram a qualidade do leite materno superior a de fórmulas lácteas. Entre as preocupações, questionou-se acerca do conteúdo do leite em pó e se o mesmo atendia às necessidades do bebê. Segundo Wall (2001), a propaganda extensiva sobre os benefícios da amamentação acaba afetando aquelas mulheres que não podem efetuar-la. A idealização em relação à amamentação ao seio, como componente da maternidade, também participa dessa avaliação.

As participantes pareceram ter muitas expectativas com relação à substituição do leite materno. Algumas delas já tinham idéias sobre como se sentiriam nos momentos de dar mama ao filho, falando inclusive em tristeza. Inês, no entanto, ficou ansiosa ao tratar do tema, e disse preferir não comentá-lo. Foram relatadas dúvidas com relação à forma como seria a substituição, no que dizia respeito ao preparo do leite em pó e à qualidade do mesmo (ex.: Jaqueline, Mariana). Ainda, foi demonstrado desconhecimento no que se referia ao fornecimento público do alimento (ex.: Helena).

Jaqueline, Inês e Helena amamentaram outros filhos, sendo esta a primeira vez que usariam a mamadeira desde o início. Jaqueline estava habituada a dar o seio e seus medos eram com relação à qualidade do leite em pó e à possibilidade de engasgar o bebê. Inês pensava que seu filho poderia não ficar muito próximo a ela, achando que a sua boa relação com o primogênito se devia principalmente à amamentação. Esta participante acreditava que os bebês deveriam mamar pelo menos por alguns dias, para terem essa experiência. Nesse sentido, nota-se novamente a idealização da amamentação como componente da maternidade.

Outra preocupação unanimemente citada foi o temor pelo questionamento alheio sobre o uso da mamadeira e o risco de exposição do diagnóstico de soropositividade. Resultados similares apareceram nos estudos de Moreno et al. (2006) e Santos (2004). A impossibilidade de amamentar devido ao HIV/Aids é considerada como primeiro sintoma visível da infecção, tanto para si, quanto para os outros (Knauth, 1999). Uma contribuição do presente estudo é propor uma nova compreensão desse temor. Sugere-se que o receio das participantes com relação à curiosidade de terceiros também esteja relacionada com dúvidas sobre sua maternidade e sua capacidade de serem boas mães. Remetemo-nos ao conceito de constelação da maternidade, que é uma organização psíquica que se desenvolve no final da gravidez e nos primeiros anos de vida e determina uma série de tendências de

ações, sensibilidades, medos e desejos (Stern, 1997). Neste estudo, é pertinente citar os quatro temas vividos pela mãe, segundo a noção de constelação da maternidade (Stern, 1997), cujas preocupações típicas envolvidas ficam exacerbadas no caso de mães portadoras de HIV/Aids. O primeiro é o de vida-crescimento, que se refere ao questionamento materno com relação à sua capacidade de manter vivo o bebê e possibilitar seu crescimento. Neste tema, a alimentação do bebê tem destaque. Os comentários externos, por mais superficiais e irritantes que possam parecer, podem ser vividos como recriminações profundas pelas mães. Pode-se inferir a peculiaridade desse tema entre portadoras do HIV/Aids porque o alimento que elas produzem pode adoecer seu filho e causar-lhe uma infecção que pode ser fatal. Helena, por exemplo, considerou que seu leite era podre e inútil. E o substituto que elas usam para alimentar seus filhos é escolhido e fornecido pelo governo, o que se configura como uma interferência sobre sua capacidade de manter o bebê vivo e se desenvolvendo.

O segundo tema é o relacionar-se primário, que envolve as dúvidas maternas com relação à própria capacidade de se envolver emocionalmente com o filho e sobre seu potencial para assegurar o desenvolvimento psíquico do bebê. Este tema diz respeito à capacidade de amar o bebê e de entrar no estado de preocupação primária, proposta por Winnicott (2000). A mãe pode se sentir inadequada, em desvantagem, deficiente, vazia ou não generosa (Stern, 1997). Contextualizando esses aspectos para a situação de infecção pelo HIV/Aids, Janaína se sentia incompleta enquanto mãe e Fabiana ressaltou a necessidade de se manter saudável para poder cuidar do bebê. Helena não conseguia imaginar nada em seu futuro, sentindo-se sem perspectivas. Inês imaginou que seu filho poderia não se apegar a ela, pois não o amamentaria. E Mariana sabia que não seria capaz de atender a vontade inata de mamar de seu bebê – falhasse de alguma forma em atender a uma necessidade do bebê.

Algumas participantes (ex. Jaqueline, Mariana, Inês) entendiam que a amamentação ao seio proporcionava maior proximidade da mãe com o bebê, e seria emocionalmente importante para o seu desenvolvimento, resultado verificado nos estudos de Moreno et al. (2006) e Santos (2004). Essa idéia foi influenciada tanto por sua experiência prévia com outros filhos, quanto por outras idéias formadas ao longo da vida. E está dentro do tema do relacionar-se primário, proposto por Stern (1997). Uma participante (Janaína) supôs que os

bebês tinham algo instintivo, que os fazia imaginar que seriam amamentados no peito. Podemos nos remeter ao tema vida-crescimento e ao questionamento da participante sobre sua capacidade de ter sucesso como animal humano (Stern, 1997).

O terceiro tema é o da matriz de apoio, que envolve a capacidade da mãe em permitir a entrada dos sistemas de apoio necessários para ela cumprir suas funções. O autor entende que a mãe deve criar, permitir, aceitar e regular uma rede de apoio protetora benigna, para poder efetivar suas tarefas de manter o bebê vivo e possibilitar seu desenvolvimento psíquico-afetivo. A matriz de apoio deve possibilitar que a mãe se sinta cercada, apoiada, acompanhada, valorizada, apreciada, instruída e ajudada (Stern, 1997). Entretanto, ela pode ser alvo de críticas, pois a sociedade e o bebê têm demandas sobre ela, o que a coloca em avaliação. Neste sentido, as participantes escondiam de muitas pessoas, que poderiam vir a formar uma matriz de apoio, o motivo que as levava a não-amamentar: a infecção pelo HIV/Aids. Havia o segredo da contaminação entre as participantes e mulheres próximas, como mãe (Helena, Fabiana), avó (Mariana) e sogras (Mariana, Inês, Jaqueline). Mariana experimentou a perda de uma matriz de apoio quando seu diagnóstico foi revelado de forma equivocada para parentes do companheiro. Com relação à amamentação, elas acabam tomando para si a responsabilidade, porque não podem contar com uma rede de apoio de fato.

Por fim, o quarto tema refere-se à reorganização da identidade, que envolve o questionamento com relação a sua capacidade de transformar a auto-identidade para permitir e facilitar suas funções. Segundo Stern (1997), cada um desses temas envolve um grupo organizado de idéias, desejos, medos, memórias e motivos. Esses determinarão ou influenciarão os sentimentos, ações, interpretações, relações interpessoais e outros comportamentos adaptativos da mãe. Neste sentido, a contaminação pelo HIV/Aids causou exacerbação do que é comum ao tema, o que se expressou em sentimentos de incompletude, frustração, tristeza, inquietação, defesa e ansiedade.

Os resultados indicam que as participantes supõem a importância da amamentação para o desenvolvimento emocional dos filhos, independentemente de qualquer conhecimento teórico sobre os bebês. Diante disso, elas pensavam sobre o que ocorreria com eles, que seriam privados desse contato íntimo e exclusivo da mãe. Assim, supomos a

pertinência do entendimento do conceito de constelação da maternidade, proposto por Stern (1997), para a compreensão das implicações emocionais da não-amamentação.

Conforme previsto na literatura (Gonçalves & Bonilha, 2005), a amamentação foi relatada como uma prática recorrente nas famílias das participantes. Foram relatadas opiniões críticas com relação à forma e ao tempo que suas parentes amamentaram, com julgamentos sobre as parentes que cessaram a prática de forma que elas consideraram precoce (ex.: Helena, Janaína) ou que prolongaram de forma demasiada o período de aleitamento ao peito (ex.: Helena, Fabiana). Aquelas mães que não tornaram especiais os momentos de nutrição dos filhos também foram criticadas (ex.: Janaína).

Todas as participantes imaginavam receber ajuda na hora de alimentar seus filhos. Elas achavam que o apoio seria dado tanto pelos pais dos bebês, quanto por outros familiares. Elas pareceram ver essa possibilidade positivamente, tanto pelos cuidados dos outros com seu filho e a maior participação do pai, bem como pela possibilidade da divisão de seu trabalho diário. Nesse sentido, estava sendo buscada a matriz de apoio, proposta por Stern (1997).

4.3 Sentimentos no 3º mês de vida do bebê

Examinando-se longitudinalmente os dados, verificou-se que as ansiedades e preocupações mantiveram-se após o nascimento do bebê. Contudo, são preocupações pertinentes à constelação da maternidade (Stern, 1997), contextualizadas para essas participantes.

As situações vividas no hospital, embora previstas durante a gestação, foram mais negativas do que o esperado. Na primeira entrevista, não foi mencionado por nenhuma das participantes receios com relação ao tratamento que receberiam no hospital. Contudo, a rotina e a possível desconsideração frente a sua sorologia foram pontos negativos da experiência.

Constatou-se que o ponto de maior convergência entre as participantes relacionou-se ao período hospitalar. A curiosidade das outras puérperas e de visitantes no alojamento conjunto sobre os motivos que as levavam a não amamentar foi percebida de forma negativa por todas as participantes. Outro ponto comum foi a dificuldade em depender da

rotina do hospital para alimentar o bebê, o que também foi verificado por Santos (2004) e Moreno et al. (2006).

O hospital em que as participantes deram à luz tem três características que interferem sobre o que elas viveram, a saber, funcionava apenas com recursos do SUS e os leitos costumam ter quatro ou mais pacientes, dificultando a privacidade; mantinha o alojamento conjunto e a IHAC. Devido a essa última, as participantes deveriam usar copos ou seringas, por exemplo, mas jamais a mamadeira para alimentar os filhos. Isso gerou incômodo, pois foi difícil alimentar com o copo, já que nem metade do volume dado era consumido pelo filho, quando usado o copo. O leite dos bebês era fornecido conforme prescrição, ou seja, de 3 em 3 horas, como se fosse uma medicação, o que causou sofrimento e ansiedade às mães ao verem o filho chorar, sem poder fazer nada a não ser consolar, pois dependiam do funcionamento do hospital (ex.: Janaína, Inês, Mariana). Outras mães no quarto as aconselhavam a amamentar, aumentando o sofrimento, que era também influenciado pelo fato de terem leite no seio, mas não poderem usá-lo.

Conforme citado no Anexo A, foi publicado em 2005 o *Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres que não podem amamentar*, constituído de uma série de condutas a serem tomadas nos hospitais nessas situações. De acordo com os dados do presente estudo, parece-nos que a rotina de funcionamento daquele hospital acaba por influenciar negativamente a experiência de não poder amamentar o bebê, mas não temos dados para compreender por que isso ocorre. Podemos supor que esse manual não seja amplamente seguido nas rotinas de cuidados e que o Guia Prático (Brasil, 2006b) não foi fornecido às mães. Segundo Rea et al. (2007), existe a necessidade da implementação sistemática dos protocolos e manuais no atendimento a portadoras do HIV/Aids no que se refere à amamentação, no pré-natal, no hospital e no pós-parto. As autoras entendem que somente essas medidas serão capazes de diminuir a transmissão vertical por essa via.

Consideramos que dificuldades objetivas foram vividas, mas chamamos a atenção para sua influência sobre aspectos levantados no tema vida-crescimento, proposto por Stern (1997). É esperado que as mães tenham receios com relação a sua capacidade de promover a sobrevivência e o crescimento dos seus filhos. Entretanto, os fatores externos vividos pelas participantes dessa pesquisa parecem ter agravado seus medos e questionamentos

sobre suas habilidades enquanto mães. No que diz respeito à constelação da maternidade, citamos o sentimento de piedade pelo bebê por não ter tido qualquer chance de mamar no peito da mãe (Inês). E o estranhamento enquanto mãe (Jaqueline) por não ter amamentado o bebê.

Outro tema pertinente é o da matriz de apoio que entre essas participantes sofre a influência da soropositividade, ou seja, envolve o temor pelo preconceito. Os julgamentos alheios com relação ao HIV, determinados por diversas razões, podem atingi-las de forma direta. Assim, a busca pelo apoio pode ter um efeito indesejado, que o distanciamento. Também participam desse medo o enfrentamento da condição de soropositividade.

Ainda com relação às implicações emocionais desses receios, mencionamos sentimentos e questionamentos com relação à capacidade de exercer a maternidade de forma eficiente e boa. Do fim da gravidez aos primeiros meses do bebê, a mãe vive um período de sensibilidade aumentada, que lhe permite a identificação com o bebê e assim, atender suas necessidades (Winnicott, 2000). Para ter mais sucesso nesse momento sensível, é importante o apoio externo, incluindo o pai do bebê, e dos serviços de saúde para o bebê, que deixem as mulheres seguras e com maior sentimento de competência.

A alimentação dos bebês diferiu entre as participantes. Ao contrário das demais, Jaqueline e Mariana tiveram dificuldades com o leite e com a introdução de novos alimentos. Os bebês destas participantes tiveram problemas de saúde, com necessidade de internação hospitalar. Com relação aos problemas de saúde dos bebês dessas participantes, suas preocupações e frustrações podem refletir um possível questionamento delas mesmas quanto a sua adequação no desempenho da maternidade. Com relação a essas duas participantes, questionamos se as mesmas detinham as informações corretas sobre a forma como deveria ser substituído o leite materno. Segundo os relatos, podemos inferir que ambas tentavam cuidar de seus bebês, mas tinham limitações sócio-econômicas e culturais, bem como frustrações e desvalorização do leite recebido. Também questionamos novamente o quanto elas não sentem que sua capacidade de serem boas mães não é posta em xeque, sendo a doença dos filhos sendo sentida como uma evidência concreta de suas fantasias. Com relação à Mariana, cabe ressaltar que ela não entendia os gostos do seu bebê, que parecia rejeitar aqueles substitutos que ela provava e imaginava que lhe agradariam.

Para finalizar, apesar do predomínio de aspectos negativos foram ressaltados alguns pontos positivos. Foram ressaltados alguns pontos positivos da experiência, que parecem ter diminuído a frustração e a insatisfação por não amamentar, tornando esta uma experiência mais satisfatória. Entre os quais, destacam-se a habilidade em dar a mamadeira ao filho, o que pareceu estranho em um primeiro momento. Foram estabelecidas com sucesso rotinas de horários de alimentar o bebê, facilitando o processo. Considerou-se fácil o acesso ao leite na rede de saúde. As mães tomaram para si a responsabilidade de darem mamadeira aos filhos, não sendo qualquer um que a substituía. Os pais ajudaram nessa tarefa, o que foi apreciado. O uso da mamadeira era feito de forma zelosa

e elas dava prazer. Elas foram capazes de observar movimentos de interação com os bebês, que sorriam e olhavam para as mães e pais enquanto mamavam. O esforço de suportar a não-amamentação estava valendo a pena, porque os primeiros resultados dos testes anti-HIV dos filhos foram negativos.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os casos investigados no presente estudo trouxeram dados acerca das expectativas e sentimentos de portadoras de HIV/Aids com relação à recomendação de não amamentarem seus filhos. Constataram-se implicações emocionais dessa impossibilidade na gestação e no 3º mês de vida do bebê, tendo sido importante o delineamento longitudinal, por ter possibilitado a ampliação do conhecimento gerado pelos estudos de Moreno et al. (2006) e Santos (2004). As entrevistas realizadas nesta pesquisa viabilizaram a ampla visualização das implicações emocionais da recomendação.

O conteúdo das entrevistas e a condução destas pelas pesquisadoras possibilitaram que as participantes trouxessem de forma rica suas expectativas e sentimentos. Considera-se que a inserção do tema da não-amamentação dentro de uma entrevista sobre a maternidade em situação do HIV/Aids tenha permitido que as participantes se sentissem à vontade para falar abertamente. Após alguns meses da primeira entrevista, elas recordavam muitos comentários verbalizados no primeiro contato. A partir desse fato, inferimos a importância da existência de um espaço para que mulheres como estas possam ter para falar sobre o momento especial que vivem. Outro aspecto a ser destacado foi a discussão dos dados a partir das implicações emocionais da não-amamentação.

Sugere-se que as preocupações e as ansiedades em relação à alimentação do bebê ficam exacerbadas em função do contexto do HIV/Aids, em especial quando se considera o estado especial em que se encontram, nomeado preocupação materna primária (Winnicott, 2000) e constelação da maternidade (Stern, 1997). Com base no conceito winnicottiano, infere-se que as participantes estivessem mais sensíveis às necessidades dos seus filhos e questionavam sobre sua competência em exercer a maternidade. Um dos aspectos dos cuidados maternos é a alimentação do bebê, sendo previsível, portanto, que elas tivessem receios com a substituição do seu leite. Ao interrogarem sobre a forma como alimentariam os filhos e a qualidade da fórmula láctea, elas também questionavam se o processo substitutivo permitiria o exercício de sua competência enquanto mães. As outras pessoas também teriam os questionamentos sobre a competência, nem que fosse de forma indireta,

através da indagação dos motivos que as levavam a não amamentar. Com o nascimento, essas perguntas, suas e dos outros, permaneceram, observando-se que de fato o bebê não era amamentado no seio.

Há pertinência em analisar dados aparentemente objetivos à luz dos temas propostos por Stern (1997), a saber, vida/crescimento, relacionar-se primário, matriz de apoio e reorganização da maternidade. Podemos perceber, como sugeriu Stern (1997), sensibilidades, fantasias, medos e desejos das mães em suas entrevistas. Analisando-se os dados a partir destas perspectivas, percebem-se implicações para intervenções clínicas com as participantes, para que as funções maternas possam ser liberadas ou descobertas e facilitadas. Com relação à equipe, a essa deveria ser informado do momento especial que mulheres como estas vivem. Esse entendimento pode viabilizar que os profissionais sirvam de matriz de apoio (Stern, 1997), possibilitando um acompanhamento de forma mais ampla em todos os momentos, desde o pré-natal, até o pós-parto, incluindo o período hospitalar.

A partir dos dados, também é possível refletir sobre a necessidade de intervenção junto às equipes de saúde que atendem a essa população. Através dos resultados, nota-se uma defasagem do atendimento pré-natal para aquele despendido após o nascimento, em especial na internação após o parto. Durante a gestação, as participantes se sentiram amparadas e seguras com relação ao acompanhamento médico. Contudo, todas relataram experiências negativas no período hospitalar. Pareceu haver falta de adaptação de alguns programas universais em saúde para populações específicas. De acordo com os casos estudados, sobre o período hospitalar, a lembrança mais marcante foi a dificuldade em adaptar os bebês aos intervalos de 3 horas entre as doses de alimento. Percebemos que o leite entra no esquema das medicações. Isso pode ocasionar problemas à mãe, que vive sentimentos negativos com relação à própria competência em suprir as necessidades de seu filho.

Com relação às implicações para estudos futuros, sugere-se o desenvolvimento de intervenções específicas para gestantes portadoras do HIV/Aids, levando-se em conta aspectos da constelação da maternidade (Stern, 1997). Entre outros temas, essas intervenções devem contemplar as expectativas e os sentimentos frente à recomendação de não-amamentação. Estudos observacionais no hospital, durante o período pós-parto, também parecem pertinentes, possibilitando a proposição de melhorias. Junto às equipes,

sugerem-se estudos que investiguem as implicações emocionais das recomendações dadas às mães, complementando os dados fornecidos por Rea et al. (2007).

Constatam-se limitações no presente estudo decorrentes de alguns pontos das entrevistas. Por exemplo, constata-se a pertinência em editar a segunda pergunta (“Eu gostaria que tu me contasses como foi o parto”) da Entrevista Sobre a Maternidade em Situação de HIV/Aids, introduzindo questões sobre a condução da equipe diante à impossibilidade da amamentação. A quarta questão da Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê e a Interação Mãe-bebê no Contexto da Infecção pelo HIV/Aids (Eu gostaria que tu me falasses como tem sido dar de mama na mamadeira, desde os primeiros momentos até agora”) também merece comentários. Os subitens relativos ao que consideramos matrizes de apoio, nesse estudo, deveriam ser aprofundados durante a realização das perguntas, a fim de vislumbrar de forma mais ampla o suporte que essas mulheres de fato possuem.

REFERÊNCIAS

- Assis, M. B. A. C. (2004). Mãe e bebê: encontros e desencontros. In L. A. Del Ciampo, R. G. Ricco, & C. A. N. Almeida (Eds.), *Aleitamento materno: passagens e transferências mãe-filho* (pp. 55-71). São Paulo, Brasil: Atheneu.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno* (W. Dutra, Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Original published in 1980)
- Bland, R. M., Rollins, N. C., Coutsoydis, A., & Coovadia, H. M. (2002). Breastfeeding practices in an area of high HIV prevalence in rural South Africa. *Acta Paediatrica*, *91*, 704-711.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Porto, Portugal: Edições 70. (Original published in 1977)
- Brahmbhatt, H. & Gray, R.H. (2003). Child mortality associated with reasons for non-breastfeeding and weaning: is breastfeeding best for HIV-positive mothers? *AIDS*, *17*, 879-885.
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, Brasil: Palácio do Planalto.
- Brasil (2005a). *Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres que não podem amamentar*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde / Programa Nacional de DST e Aids.
- Brasil (2006a). *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde / Programa Nacional de DST e AIDS.
- Brasil (2006b). *Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde / Secretária de Atenção à Saúde.
- Brasil (2007a). *Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde / Programa Nacional de DST e Aids.

- Bosi, M. L. M. & Machado, M. T. (2005). Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP – Escola de Saúde Pública do Ceará*, 1, 17-25.
- Brazelton, T. B. (1994). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. Porto Alegre, Brasil: ArtMed. (Original published in 1992)
- Cardoso, E. M. (2006). Cuidando de crianças com HIV/Aids. In S. M. M. Padoin, C. C. Paula, D. Schaurich, & V. A. Fontoura (Eds.), *Experiências interdisciplinares em AIDS: interfaces de uma epidemia* (pp. 173-186). Santa Maria, Brasil: Editora UFSM.
- Coutsoudis, A. (2003). Breastfeeding and risk of HIV transmission: an update. *Forum on Nutrition*, 56, 162-164.
- Coutsoudis, A. (2005a). Breastfeeding and HIV. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 19, 185-196.
- Coutsoudis, A. (2005b). Breastfeeding and the HIV positive mother: the debate continues. *Early Human Development*, 81, 87-91.
- Coutsoudis, A. (2005c). Infant feeding dilemmas created by HIV: South African experiences. *Journal of Nutrition*, 135, 956-959.
- Del Ciampo, L. A. & Ricco, R. G. (1988). Aids e Aleitamento Natural. *Jornal de Pediatria*, 65(1/2), 46-48.
- Del Ciampo, L. A. & Ricco, R. G. (1993). Aleitamento materno em tempos de Aids. *Jornal de Pediatria*, 69(4), 244-245.
- Diniz, E. M. A., Ramos, S. R. T., & Vaz, F. A. C. (1985). “Transmissão vertical de doenças sexualmente transmissíveis”. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 31(9/10).
- Ehrnst, A. & Zetterström, R. (2003). Commentary: Vertical transmission of HIV-1 infection and dilemma of infant feeding. *Acta Paediatrica*, 92, 990-991.
- Farquhar, C., Mbori-Ngacha, D., Bosire, R. K., Nduati, R. W., Kreiss, J. K., & John, G. C. (2001). Partner notification by HIV-1 seropositive pregnant women: association with infant feeding decisions. *AIDS*, 15, 815-817.
- Feliciano, K. V. O. & Kovacs, M. H. (2003). As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife*, 3, 393-400.
- Greiner, T. (2002). Commentary: Research on HIV and breastfeeding: definitions can make all the difference. *Acta Paediatrica*, 91, 615-616.

- Gonçalves, A. C. (2005a). A puérpera e o recém-nascido em alojamento conjunto. In D. L. Oliveira (Ed.), *Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula* (pp. 366-386). Porto Alegre, Brasil: UFRGS Editora.
- Gonçalves, A. C. (2005b). Aleitamento materno. In D. L. Oliveira (Ed.), *Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula* (pp. 387-421). Porto Alegre, Brasil: UFRGS Editora.
- Gonçalves, A. C. & Bonilha, A. L. L. (2005). Crenças e práticas da nutriz e seus familiares relacionadas ao aleitamento materno. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26, 333-344.
- Grassly, N. C. & Garnett, G. P. (2005). The future of the HIV pandemic. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(5), 378-382.
- Hauck, Y. L. & Irurita, V. F. (2003). Incompatible expectations: the dilemma of breastfeeding mothers. *Health Care for Women International*, 24, 62-78.
- Kaijage, T. (1995). HIV and breastfeeding: the health of mother and infant. *Reproductive Health Matter*, 5, 124-126.
- Knauth, D. R. (1999). Subjetividade feminina e soropositividade. In R. M. Barbosa (Ed.), *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder* (pp. 121-136). São Paulo, Brasil: 34.
- Kourtis, A. P., Butera, S., Ibegbu, C., Belec, L., & Duerr, A. (2003). Breast milk and HIV-1: vector of transmission or vehicle of protection? *The Lancet Infectious Diseases*, 3, 786-793.
- Leyenaar, J. (2004). Human Immuno-deficiency Vírus and infant complex humanitarian emergencies: priorities and policy considerations. *Disasters*, 28, 1-15.
- Luzuriaga, K., Newell, M.-L., Dabis, F., Excler, J.-L., & Sullivan, J. L. (2006). Vaccines to prevent transmission of HIV-1 via breastmilk: scientific and logistical priorities. *Lancet*, 368, 511-521.
- Maldonado, M. T., Dickstein, J., & Nahoum, J. C. (1996). *Nós estamos grávidos* (9ª ed.). São Paulo, Brasil: Saraiva.
- Masiero, N. M. (2006). Cuidados com o recém-nascido. In S. M. M. Padoin, C. C. Paula, D. Schaurich, & V. A. Fontoura (Eds.), *Experiências interdisciplinares em AIDS: interfaces de uma epidemia* (pp. 161-186). Santa Maria, Brasil: Editora UFSM.

- Menu, E., Scarlatti, Barré-Sinoussi, F., Gray, G., Bollinger, B., Ioannidis, J.P.A., Miotti, P. & Osborne, C. (2003). Mother transmission of HIV: developing integration of healthcare programmes with clinical, social and basic research studies. *Acta Paediatrica*, 92, 1343-1348.
- Moreno, C. C. G. S., Rea, M. F., & Filipe, E. V. (2006). Mães HIV positivo e a não-amamentação. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6, 199-208.
- Nakano, A. M. S. (2003). As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(Sup. 2), S355-363.
- Negra, M. D. (2006). AIDS pediátrica: aspectos clínicos. In S. M. M. Padoin, C. C. Paula, D. Schaurich, & V. A. Fontoura (Eds.), *Experiências interdisciplinares em AIDS: interfaces de uma epidemia* (pp. 139-160). Santa Maria, Brasil: Editora UFSM.
- Neves, L. A. S. (2005). *Prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS: compreendendo as crenças e as percepções das mães soropositivas*. Pós-graduação em Enfermagem Geral e Especializada, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.
- Núcleo de Estudos em Infância e Família / PSICAIDS (2006). *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*. Unpublished research project.
- Ortigão, M. B. (1995). AIDS em crianças. Considerações sobre a transmissão vertical. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(1), 142-148.
- Papathakis, P. C. & Rollins, N. C. (2004). Are WHO/UNAIDS/UNICEF-recommended replacement milks for infants of HIV-infected mothers appropriate in the South African context? *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 164-171.
- Rea, M.F. (1990). Substitutos do leite materno: passado e presente. *Revista de Saúde Pública*, 24(3), 241-249.
- Rea, M. F., Santos, R. G., & Moreno, C. C. S. (2007). Quality of infant feeding counselling for HIV+ mothers in Brazil: challenges and achievements. *Acta Paediatrica*, 96, 94-99.

- Read, J. S. & the Committee on Pediatric AIDS (2003). Human milk, breastfeeding, and transmission of human immunodeficiency virus type 1 in the United States. *Pediatrics*, 112, 1196-1205.
- Santos, E. K. A. (2004). *A expressividade corporal do ser-mulher/mãe HIV positiva frente à privação do ato de amamentar: a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria da expressão de Merleau-Ponty*. Unpublished doctoral dissertation, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil.
- Sampaio, M. M. S. (1988). AIDS na Criança. *Jornal de Pediatria*, 64(6), 200 (editorial).
- Schmied, V. & Lupton, D. (2001). Blurring the boundaries: breastfeeding and maternal subjectivity. *Sociology of Health and Illness*, 23, 234-250.
- Souza Jr., P. R. B., Szwarcwald, C. L., Barbosa Jr., A., Carvalho, M. F., & Castilho, E. A. (2004). Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo sentinela parturiente, Brasil, 2002. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(6), 764-772.
- Stake, R. (1994). Case studies. In N. Denzin (Ed.), *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, US: Sage.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Timerman, A. (1987). AIDS em crianças. *Pediatria Moderna*, 22(4), 151-159.
- World Health Organization (2004). *HIV transmission through breastfeeding: a review of available evidence*. Geneva, Switzerland: WHO.
- UNAIDS (2005). *Data of the last 6 months*. Geneva: WHO.
- Van Esterik, P. (2002). Contemporary trends in infant feeding research. *Annual Review of Anthropology*, 31, 257-278.
- Vermelho, L. L., Barbosa, R. H. S., & Nogueira, S. A. (1999). Mulheres com AIDS: Desvendando histórias de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (2), 369-379.
- Vinhas, D. C. S., Rezende, L. P. R., Martins, C. A., Oliveira, J. P., & Hubner-Campos, R. F. (2004). Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6, 16-24. Retrieved in January, 28, 2007, from <http://www.fen.ufg.br/revista>

- Wall, G. (2001). Moral constructions of motherhood in breastfeeding discourse. *Gender & Society, 15*, 592-610.
- World Health Organization (2007). Exclusive breastfeeding. Retrieved in August, 30th, 2006, from World Health Organization Web Site: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, Brasil: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1999). A amamentação como forma de comunicação (J. L. Camargo, Trad.). In *Os bebês e suas mães* (pp.19-29). Rio de Janeiro, Brasil: Martins Fontes. (Original published in 1968)
- Wright, H. (2004). Breastfeeding and the transmission of HIV. *British Journal of Midwifery, 12*, 88-92.
- Yamaguchi, K., Sugiyama, T., Takizawa, Yamamoto, N., Honda, M., & Natori, M. (2007). Viability of infectious viral particles of HIV and BMCs in breast milk. *Journal of Clinical Virology, 39*, 222-225.
- Ziegler, J. B., Johnson, R. O., Cooper, D. A., & Gold, J. (1985). Postnatal transmission of AIDS-associated retrovirus from mother to infant. *The Lancet, 325*(8434), 896-898.
- Zimmerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre, Brasil: ArtMed.

Anexo A

ACONTECIMENTOS NO CONTEXTO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV/AIDS ATRAVÉS DA AMAMENTAÇÃO (1982-2007)

1982

- Identificação de 3 formas de transmissão do vírus da AIDS (ainda não tinha sido reconhecido como o retrovírus HIV): sangue, relações sexuais, mãe para filho (Brasil, 2007)

1985

- Primeiro artigo de um caso de transmissão vertical pós-parto, possivelmente pelo leite materno. A lactente recebeu transfusão de sangue contaminado (Ziegler et al., 1985).
- Artigo Diniz, E. M. A., Ramos, S. R. T., & Vaz, F. A. C. (1985). “Transmissão vertical de doenças sexualmente transmissíveis”. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 31(9/10). Os autores, da USP, citam o artigo de Ziegler et. al. (1985).

1987

- Artigo Timerman, A. (1987). AIDS em crianças. *Pediatria Moderna*, 22(4), 151-159. O autor, da USP, comenta brevemente sobre o assunto: “há também um relato de possível contaminação pós-natal, possivelmente através do leite materno” (p. 152)

1988

- Artigo Sampaio, M. M. S. (1988). AIDS na Criança. *Jornal de Pediatria*, 64(6), 200 (editorial). Considera a transmissão do HIV pelo leite humano; casos de contaminação materna pós-parto e aleitamento cruzado; a secreção seria rica em células virais; bancos de leite humano estariam “*superando o problema*” através da pasteurização (56°C por 30 minutos): “*método seguro de destruição do vírus, além de pouco oneroso... Está bem definido que mulheres com AIDS não devem amamentar, para evitar uma sobrecarga viral para o filho*”; questionamento sobre a segurança do aleitamento cruzado.

1989

- Artigo Del Ciampo, L. A. & Ricco, R. G. (1988). Aids e Aleitamento Natural. *Jornal de Pediatria*, 65(1/2), 46-48. O aleitamento materno “*poderia*” ter papel transmissor da Aids; defesa da triagem de mães pertencentes a grupos de riscos, evitando generalizações que pudessem prejudicar a prática do aleitamento; consideraram questionável a proibição da amamentação, pois o maior número de contaminações ocorre via transplacentária; a recomendação da proibição se justificaria pelo excesso de zelo; concordar em inibir amamentação cruzada; pasteurização: duas informações – 56°C e 62,5°C, sendo a segunda a mais adequada. Exposição de diversos riscos, mas defendem que a população brasileira padecia de fome e doenças pestilenciais e que os alarmes dos riscos de infecção da Aids pela amamentação poderiam prejudicar a promoção do aleitamento materno.

1992

- A World Health Organization, em conjunto com o Global Program on AIDS publica o *Consensus statement from the WHO/UNICEF consultation on HIV transmission and breast-feeding*. Entende-se que o risco de transmissão do vírus era maior entre mulheres que se infectavam durante o período de lactação do que anteriormente. Mencionava-se as qualidades do leite materno, mas considerava que cada país deveria reconhecer as realidades de sua população para determinar as políticas.

1993

- Artigo: Del Ciampo, L. A. & Ricco, R. G. (1993). Aleitamento materno em tempos de Aids. *Jornal de Pediatria*, 69(4), 244-245. O aleitamento materno é considerado uma das vias de transmissão do vírus da mãe para o filho; a literatura mundial relata 22 casos de doentes que provavelmente contaminados nesse processo. Proibição do aleitamento para mulheres sabidamente soropositivas desde que garantidas necessidades nutricionais da criança através de alimentação infantil. Defesa de que os benefícios proporcionados pelo leite materno superavam os possíveis riscos de se contrair a doença, no tocante às populações carentes e de nível sócio-econômico-cultural baixo, com risco de morte infantil.

1994

- Publicação do Protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group* (PACTG 076): Até hoje, seus resultados servem de base para as políticas sobre transmissão vertical do HIV. Os mesmos evidenciaram uma redução de 67,5% na transmissão vertical com o uso da zidovudina (o AZT) durante a gestação, trabalho de parto e parto e pelos recém-nascidos que foram alimentados exclusivamente com fórmula infantil e que receberam a medicação sob a forma de xarope por 6 semanas.
- No Brasil, começam a implementação e a disponibilização das primeiras medidas eficazes no diagnóstico precoce e controle da infecção materna, e de intervenções profiláticas da transmissão vertical (Brasil, 2005a)

1995

- Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e Coordenação Materno-infantil do Ministério da Saúde (Respaldo: Comissão Nacional de AIDS). A OMS teria orientado que cada país deve tomar sua posição quanto à amamentação, levando em conta fatores sociais, culturais e econômicos. Aponta benefícios e riscos da amamentação (ex.: econômico - o gasto com substituto comprometeria 43% de um salário mínimo). Comenta as recentes criações dos alojamentos conjuntos e dos hospitais amigos da criança, ambos desenvolvidos para incentivar a amamentação, entre outros. Era questionável o grau de risco atribuído à amamentação como transmissora, embora a taxa de transmissão em países em desenvolvimento variasse de 20 a 40%. Considerava-se “*impossível aceitar a prática da amamentação por mulheres infectadas pelo HIV, independentemente da justificativa para tal propósito*”. Desaconselhava: o aleitamento cruzado e as amas-de-leite; a amamentação por mulheres infectadas pelo HIV (se realmente necessário, pasteurização a 62,5°C por 30 min); doação de leite por essas mulheres; doações de mulheres de grupos de risco aos bancos de leite. Entendia que o Poder Público deveria garantir o acesso a alimentos substitutivos àquelas mães que só dispusessem do próprio leite como fator de sobrevivência de seu filho.

1996

- Lei nº 9.313, de 13/11/1996 (Presidência da República). Dispõe sobre a distribuição gratuita de toda a medicação necessária ao tratamento de portadores do HIV e doentes de AIDS pelo Sistema Único de Saúde.

2000

- Boletim epidemiológico 12/99 a 06/00. Afirma que o “o aleitamento aproximadamente dobra o risco de transmissão vertical”.

2001

- *Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral* (Brasil, 2001). Poucas modificações com relação à 1995. Alerta sobre não isolar a paciente no puerpério (manter em alojamento conjunto), ênfase na recomendação de não amamentar, mas se necessário, leite humano somente se pasteurizado em bancos de leite credenciados. Inibição mecânica e/ou química (medicação por 14 dias) da lactação logo após o parto.

2002

- *Portaria n.º 2104/GM, em 19/11/2002*. Criar mecanismos para a disponibilização de fórmula infantil a todos os recém-nascidos expostos ao HIV, desde o seu nascimento até o sexto mês de idade, com vistas à promoção adequada de seu desenvolvimento pondero-estatural; executar o conjunto de procedimentos estabelecidos para profilaxia da transmissão vertical do HIV, incluindo a inibição temporária ou definitiva da lactação, sempre ser baseada no consentimento livre e esclarecido da puérpera.

2003

- *Ato Portaria n.º 822/GM, em 27/06/2003*. Determina a administração de inibidor de lactação em puérperas HIV + (Cabergolina 0,5mg), na quantidade limite de dois comprimidos (dose única).

2004

- *Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. A única alteração com relação àquela de 2001 no que se refere às recomendações para o aleitamento dizem respeito à inibição química da lactação, seguindo a Portaria nº 822/GM.

2005

- *Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres que não podem amamentar.* É o manual mais completo sobre a não-amamentação, descreve prevalência da infecção, descreve as terapêuticas e dá amplas recomendações de manejo com a paciente, incluindo apoio, esclarecimento de dúvidas, e condutas no alojamento conjunto, incluindo instruções às mães em nas necessidades globais da amamentação. O objetivo é prevenir a transmissão vertical do HIV intraútero e intraparto e eliminar o risco pela amamentação. A idéia embasadora é clara: “A política de incentivo ao aleitamento materno (para a grande maioria) e de contra-indicação da amamentação (para a minoria) convergem para um mesmo objetivo – prevenir a instalação de doenças incuráveis causadoras de uma existência limitada, sofrida e/ou morte prematura da criança” (p. 3).

2006

- *Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas.* Orientações para o preparo do leite de acordo com a idade, de introdução de novos alimentos a partir do 2º mês de vida e cuidados de higiene pessoal e com os utensílios utilizados no preparo e administração do alimento.
- *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes.* A alteração com relação à 2002 ligada à amamentação é a recomendação para que os recém-nascidos, filhos de portadoras para o HIV/Aids, recebam as vacinas para Hepatite b e para Tuberculose

2007

- *Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso.* Introduz o manejo com a sífilis, sem implicação para a recomendação da amamentação.

ANEXO B

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
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)
(Versão para a Mãe)**

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.

No caso de dúvidas e esclarecimentos sobre a pesquisa, o telefone de referência é 51 91534062. O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é o Dr. Cesar Augusto Piccinini, que poderá ser contatado pelo Tel: 3316 5058. Também poderá ser contatado o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, Dr. Júlio Baldisserotto, pelo Tel: 33572407.

Data: / /

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)