



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARIZETE ARGOLO TEIXEIRA

**SOROPOSITIVIDADE DE MULHERES PARA OS VÍRUS HIV E
HTLV: SIGNIFICADOS DO CONTÁGIO DO LEITE MATERNO**

SALVADOR
2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

MARIZETE ARGOLO TEIXEIRA

**SOROPOSITIVIDADE DE MULHERES PARA OS VÍRUS HIV E
HTLV: SIGNIFICADOS DO CONTÁGIO DO LEITE MATERNO**

Tese apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação da Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Mirian Santos Paiva

**SALVADOR
2009**

T267 Teixeira, Marizete Argolo.

Soropositividade de mulheres para os vírus HIV e HTLV: significados do contágio do leite materno/ Marizete Argolo Teixeira. Salvador, 2009.
259 f.: il.; 30 cm.

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – Salvador, 2009.

Orientadora: Profª Drª Mirian Santos Paiva

1.Enfermagem 2.Amamentação 3.HIV. HTLV 4.Representações sociais
I.Título

CDD - 610

Catalogada na fonte por Jandira de Souza Leal Rangel – CRB/1056.

MARIZETE ARGOLO TEIXEIRA

SOROPOSITIVIDADE DE MULHERES PARA OS VÍRUS HIV E HTLV: SIGNIFICADOS DO CONTÁGIO DO LEITE MATERNO

Tese apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Enfermagem à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 30 de novembro de 2009.

BANCA EXAMINADORA


Prof^ª Dr^ª Mirian Santos Paiva – Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia


Prof^ª Dr^ª Sheva Maia Nóbrega – Doutora em Psicologia Social e Professora da Universidade Federal de Pernambuco


Prof. Dr. Rafael Moura Coelho Peely Wolter – Doutor em Psicologia Social e Professor da Universidade Estadual do Rio de Janeiro


Prof^ª Dr^ª Luzia Wilma Santana da Silva – Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia


Prof^ª Dr^ª Mariza Silva Almeida – Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Prof^ª Dr^ª Maria da Penha Lima Coutinho – Doutora em Psicologia e Professora da Universidade Federal da Paraíba (Suplente)

Prof^ª Dr^ª Edméia de Alcida Cardoso Coelho – Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia (Suplente)

Dedico este trabalho às MULHERES participantes deste estudo, que confiaram a mim suas histórias com suas vivências e experiências permeadas de lutas, derrotas, preconceitos, alegrias, conquistas e aprendizagem. Sem elas seria impossível ter construído este conhecimento.

Agradecimentos Especiais

*A **Deus**, fonte de luz, sabedoria, amor infinito e incondicional, sem Ele seria impossível chegar até aqui.*

*Aos **meus pais, Miguel e Margarida**, pelo meu existir e pelo incentivo e apoio durante minha vida profissional.*

*Aos meus **irmãos e irmãs**, especialmente **Margarete, Marcelo e Lucas**, pelo apoio, amor e força concedidos nos momentos de angústias, solidão e luta neste meu caminhar.*

*Aos **meus sobrinhos**, especialmente **Cássio e Armando**, pelo cuidado com minha mãe na minha ausência e pelos momentos de convívio regados de incentivos, carinhos, conquistas e emoções.*

*À minha orientadora, **Mirian Paiva**, fonte de sabedoria, humildade, paciência, carinho e competência, pela condução no caminho que trilhei durante o doutorado repleto de lutas e conquistas. Tu foste muito mais que uma orientadora, foste uma amiga; os anos ao teu lado foram vividos com suavidade, mesmo diante de todas as adversidades que a vida nos apresentou. Muito obrigada pela presença constante e pelo meu crescimento pessoal e profissional.*

Agradecimentos

À primeira família do coração, Cláudia e Priscila: os anos de convívio nos tornam muito mais do que companheiras, eles fortaleceram os nossos vínculos de amigas e irmãs, tamanha foi a cumplicidade que nos envolveu durante este período que desfrutamos da companhia uma da outra.

À Prof.^a Sheva Nóbrega, meu muito obrigada pelas contribuições tão valiosas neste estudo. Tu és muito especial para mim e os momentos vivenciados juntas foram muito divertidos, regados por responsabilidade, compromisso e amor pela pesquisa, frutificados no conhecimento que esta Tese apresenta.

À Prof.^a Dr.^a Luzia Wilma, amiga e irmã do coração, colega e companheira de profissão, obrigada pelos dias de convívio, regados de disciplina, competência, paciência e carinho. As tuas contribuições e amizade foram importantíssimas neste meu caminhar.

À Prof.^a Dr.^a Mariza Almeida, pelo carinho, amizade, profissionalismo e contribuições nesta Tese.

À Prof.^a Dr.^a Annete Leibing, orientadora no Canadá, obrigada pelos ensinamentos e direcionamentos em minha estadia em Montréal.

Ao Prof. Dr. Michel Perreault, pela conquista do doutorado sandwiche.

Ao Prof. Dr. Rafael Wolter, pelas contribuições e direcionamento neste estudo.

Às mulheres que participaram do estudo, por dar forma a esta Tese e ter me conduzido neste novo caminho trilhado.

À Universidade Federal da Bahia, especialmente, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, em nome das coordenadoras Enilda Rosendo e Mirian Paiva, pelo envolvimento e direção deste Programa, com competência e sabedoria.

À Université de Montréal, em nome da École Sciences des Infirmières, pelo acolhimento e direcionamento no Doutorado Sandwiche, especificamente a Louise Berube.

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, pelo apoio nos momentos que se fizeram necessários, especialmente à Prof.^a Joana Angélica Andrade Dias.

A CAPES, pelo compromisso firmado em minha qualificação profissional e pelo apoio financeiro por meio das bolsas concedidas no Brasil e no Canadá.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, além de agradecer, gostaria de parabenizá-las pela luta, força e coragem de manter este Programa.

Às Bancas Examinadoras da primeira e segunda qualificações (Professoras Dr.^a Mariza Almeida, Dr.^a Maria de Lourdes Ornellas, Dr.^a Achiléia, Dr.^a Evanguelina Santos) pelas contribuições neste estudo.

À Banca de Defesa, Dr. Rafael, Dr.^a Sheva, Dr.^a Luzia, Dr.^a Penha, Dr.^a Mariza, Dr.^a Edméia, por todas as contribuições na construção desse conhecimento.

À Prof.^a Dr.^a Cristina Melo, meu muito obrigada pelo carinho, pelas palavras de incentivo – elas serviram para reflexão de minha vida pessoal e profissional.

À Prof.^a Dr.^a Jeane Freitas, pelo carinho e contribuições nesse estudo.

Às colegas do doutorado, Patricia, Neuranildes, Kátia, Maristela, Larissa, Tânia, Nadirlene, Rosana e Lucimeire – seres humanos muito especiais. O nosso caminhar foi trilhado por muitas conquistas, pelo nosso crescimento pessoal e profissional, obrigada pelos anos de convívio, eles foram extremamente importantes nesta minha caminhada.

À segunda família do coração – Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher (GEM) –, especialmente às professoras Isa, Sílvia, Enilda, Jeane, Solange, Normélia, Edméia, Mariza e Mirian, mulheres guerreiras e dotadas de força e grandiosidade; as bolsitas e colegas dos cursos de mestrado e doutorado, muito obrigada por me fazer direcionar um olhar mais atento ao cuidado à mulher enfocando as relações de gênero. Levo comigo contribuições valiosas para seguir caminhando neste novo horizonte que se despontou com o curso doutorado.

Ao Grupo de Pesquisa sobre Sexualidades, Vulnerabilidades e Gênero, pelo meu crescimento profissional.

Ao Grupo de Pesquisa MÉOS, especialmente à Prof.^a Dr.^a Johanne Collin, pelo acolhimento e por ter cedido um espaço para que eu pudesse estudar durante a minha estadia em Montréal.

Aos secretários do PPG, Cláudia, Ivan e Fred pelo atendimento na secretaria do PPG.

À Prof.^a **Rosália**, pela amizade, compromisso profissional e ético, muito obrigada por tudo.

À amiga **Miralva Ferraz**, pelo carinho, amizade e apoio nos momentos trilhados neste estudo.

Aos **coordenadores das instituições** onde a pesquisa foi realizada, muito obrigada pelo acolhimento.

À **Verena, Sônia, Noilson e Dr. Galvão**, pelo carinho, orientação e contribuições durante a coleta das informações.

À família **Figueredo** (Paty, Edy, Ana Carolina e mãe Didina), a minha **terceira família do coração**, pelos dias de carinho, aconchego, afeto e acolhimento.

À família **Santana e Leal** (Neura, Caio e Anita), a minha **quarta família do coração**, pelo acolhimento, carinho e amizade compartilhados e regados de carinho e amor.

A **Renato Schaefer**, pelas palavras de carinho, incentivo, força e ajuda na confecção gráfica de figuras contidas na tese.

Aos amigos **Jocival e Francisco**, pela amizade, carinho e incentivo.

Às amigas **Eva, Dera, Larissa, Jaqueline, Lucineide, Silvone, Gilmara e Nivalva**: obrigada pelos momentos de de convívio e amizade firmada.

Às amigas construídas em Montréal: **Pierre-Marie, Fátima, Brigitte, Deolinda, Nancy, Imanne, Cristhine, Gabrielle e Nicolas**, por fazerem minha estadia em Montréal ficar mais suave e calorosa.

À **Sinelândia**, amiga que reencontrei ao acaso em Montréal: muito obrigada pelo acolhimento e pelos dias que convivi com sua família: **Micco e Milan**.

Ao Prof. **Dr. Igor Menezes**, pelas contribuições na finalização deste trabalho.

À **Cristiane Mercês**, pelo trabalho estatístico.

Aos **amigos e amigas** que cultivei na Escola de Enfermagem da UFBA, meu muito obrigada.

Uma mãe que ama o seu filho de coração não vai dar o leite contaminado a ele. Ela pode cuidar dele de outras maneiras, passar seu carinho de outras formas: ficando próxima, brincando com ele, dando carinho e amor (MULHERES DO ESTUDO).

TEIXEIRA, Marizete Argolo. **Soropositividade de mulheres para os vírus HIV e HTLV: significados do contágio do leite materno.** 2009. 259f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

RESUMO

Existem situações envolvendo a mãe e o recém-nascido que contra-indicam a amamentação, dentre elas a soropositividade de mulheres para os vírus HIV e HTLV. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais que teve como objetivos: apreender os significados e sentidos expressos nas representações sociais de mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV e HTLV referentes ao contágio do leite materno; analisar o conteúdo das representações sociais de mulheres soronegativas e soropositivas sobre o contágio do leite materno e suas implicações na impossibilidade de amamentação de seus filhos e identificar atitudes e comportamentos expressos pelas mulheres frente ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV quando expostas a uma situação hipotética. Foi realizada na cidade de Salvador/BA/Brasil, em Centros de Referências para IST/aids e HTLV e numa Unidade de Pré-natal da Rede Básica de Atenção à Saúde, tendo como informantes 198 mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV e HTLV. Como estratégia de coleta de informações foi utilizado um *survey* descritivo, técnicas projetivas e uma dinâmica interativa. As informações advindas do TALP foram processadas estatisticamente pelo *software Tri-Deux Mots* e submetidas à Análise Fatorial de Correspondência (AFC); as advindas do *survey* foram analisadas por meio da análise de conteúdo temática (questões abertas) e pelo Programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) – questões fechadas. A ética permeou todo processo da pesquisa, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Da análise das informações emergiram cinco categorias: reveses e vieses – o (des)conhecimento como consequência de vidas reescritas; amamentar: um desafio – (des)conhecer razões para decidir/escolher; *multiversas* maneiras de viver a vida sendo soropositiva; a difícil decisão de não amamentar – conflitos valorativos; sentimentos e sensações do *ser* mãe de filhos livres dos vírus HIV e HTLV. Os resultados apontaram que a idade média destas mulheres foi de 31,4 anos; 50% afirmaram viver em união consensual; a maioria referiu ter cursado o Ensino Fundamental Incompleto e estarem desempregadas. As mulheres representaram o contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV como um reviver permeado de dificuldades de ordem biológica, psicológica, econômica e psicossocial, porém, o não amamentar foi ressignificado e transformado num ato de amor por proteger o(a) filho(a) da contaminação pelo vírus. É preciso implantar e implementar políticas públicas de saúde que respondam às necessidades das mulheres que vivenciam a soropositividade e a não amamentação, considerando a subjetividade destas mulheres, focalizando-se contexto sócio-histórico, onde o surgimento das infecções pelos vírus HIV e HTLV requer um novo olhar sobre o ato de amamentar/não amamentar devido ao contágio do leite materno. Por esta razão, o cuidado de enfermagem a ser oferecido e essas mulheres deve ser individualizado, sem julgamentos e coerção e, acima de tudo, buscar não culpabilizá-las pela sua contaminação e pelo contágio do leite materno.

Palavras-chave: Enfermagem. Amamentação. HIV. HTLV. Representações Sociais.

TEIXEIRA, Marizete Argolo. **Women's seropositivity to HIV and HTLV virus: meanings of the breast milk spread.** 2009. 259f. Thesis (PhD) – Nursing College, Federal University of Bahia, Salvador, 2009.

ABSTRACT

There are situations involving the mother and the newborn that contraindicate the breastfeeding, among them, women seropositive for HIV and HTLV. This is a quantitative and qualitative research based on social representations theory that aimed to: understand the meanings and feelings expressed in the social representations of women seronegative and seropositive for HIV and HTLV infection related to breast milk, analyze the content of social representations of HIV seronegative and seropositive women about the spread of breast milk and its implications on the impossibility of feeding their children and identify behaviors and attitudes expressed by women against the spread of breast milk with HIV and HTLV when exposed to a hypothetical situation. It was held in Salvador, Bahia / Brazil in the Reference Center for STI/ AIDS and HTLV and in a Prenatal Unit of the Health Care Primary Network, it had as informants 198 women seronegative and seropositive for HIV and HIV HTLV. A descriptive survey, projective techniques and a dynamic interactive were used as strategies for collecting information. The information coming from TALP was statistically processed by the software Tri-Deux-Mots and submitted to correspondence factor analysis (CFA), and the resulting from the survey was analyzed through thematic content analysis (open questions) and SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) - closed questions. The ethic permeated throughout the research process, according to 196/96 Resolution of the National Health Council. From the analysis emerged five categories: setbacks and biases - the (lack of) knowledge as a result of rewritten lives; feeding: a challenge - (not) to know the reasons to decide / choose; distinct ways to live the life being HIV positive, the difficult decision not to breastfeed – valuable conflicts, feelings of being a mother of children free of HIV and HTLV. The results showed that the average age of these women was 31,4 years, 50% said living together, most reported having attended at elementary school and being unemployed. The women represented the spread of breast milk with HIV and HTLV as a revival permeated of biological, psychological, psychosocial and economic difficulties, however, not to breastfeed was reframed and converted into an act of love for protecting the child by the virus contamination. It's necessary to establish and implement public health policies that address the needs of women that experience seropositivity and not breastfeeding, considering the subjectivity of these women, focusing on the socio-historical context, where the emergence of infections with HIV and HTLV requires a new look at the act of feeding / not feeding due to the infection of breast milk. For this reason, the nursing care to be offered to these women should be individualized, with no judgment and coercion, and above all, do not get them culpable for their contamination and for the spread of breast milk.

Key Word: Nursing. Breastfeeding. HIV. HTLV. Social Representations.

TEIXEIRA, Marizete Argolo. **La Séropositivité des femmes affectées par les virus VIH et HTLV: signifiés de la contagion du lait maternel.** 2009. 259f Thèse (Doctorat) - École des Sciences Infirmières, Université Fédérale de Bahia. Salvador, 2009.

RÉSUMÉ

Il y a des situations en impliquant la mère et le nouveau-né qui contre-indiquent l'allaitement, parmi elles séropositivité de femmes pour le virus VIH et HTLV. Il s'agit d'une recherche quanti-qualitative basée dans la Théorie des Représentations Sociales qui a eu comme des objectifs: appréhender les significations et senties exprimées dans les représentations sociales de femmes des séronégatives et des séropositives pour le virus VIH et HTLV afférent à la contagion du lait maternel; analyser le contenu des représentations sociales de femmes séronégatives et séropositives sur la contagion du lait maternel et leurs implications dans l'impossibilité d'allaitement de leurs fils et identifier à des attitudes et des comportements exprimés par les femmes devant à la contagion du lait maternel par le virus VIH et HTLV quand exposé à une situation hypothétique. Il a été réalisé dans la ville de Salvador/Bahia/Brésil, dans Centres de Références pour IST/sida et HTLV, et dans une Unité Périnatale du Filet Basique d'Attention à la Santé, en ayant comme instructifs de 198 femmes séronégatives et séropositives pour le virus VIH et HTLV. Comme stratégie de il rassemble d'informations a été utilisé une survey descriptive, techniques projectives et une dynamique interactive. Les informations arrivées de TALP ont été processés statistiquement par le logiciel Tri-Deux Mots et soumises à l'Analyse Factorielle de Correspondance (AFC); arrivées de la survey ont été analysées au moyen de l'analyse de contenu thématique (questions ouvertes) et par le Programme SPSS (Statistical Package sera the Social Sciences) - des questions fermées. L'éthique a permeé toute procédure de la recherche, comme la Résolution 196/96 du Conseil National de Santé. De l'analyse des informations ont émergé cinq catégories: revers et vieses - la (des)connaissance comme conséquence de vies réécritures; allaiter: un défi - (des)connaître des raisons pour décider /choisir; multiverses manières de vivre la vie en étant séropositive; la difficile décision de ne pas allaiter - de conflits valoratives; sentiments et sensations de l'être mère de fils libres du virus VIH et HTLV. Les résultats ont indiqué que l'âge moyen de ces femmes a été de 31.4 ans; 43,4% a affirmé vivre dans union consensuel; il a à la majorité rapporté avoir le cours élémentaire incomplet et être licencié. Les femmes ont représenté la contagion du lait maternel par le virus VIH et HTLV comme un revivre plein de difficultés d'ordre biologique, psychologique, économique et psychosocial, néanmoins, ne pas allaiter a été résignifié et transformé dans un acte d'amour protéger les fils de la contamination par le virus. Il faut d'implanter et de mettre en œuvre des politiques publiques de santé qui répondent aux nécessités des femmes qui vivent intensément séropositivité et l'non allaitement, en considérant la subjectivité de ces femmes, en se focalisant contexte socio-historique, où le bourgeonnement des infections par le virus VIH et HTLV exige un nouveau regarde sur l'acte d'allaiter/ne pas allaiter dû à la contagion du lait maternel. Pour cette raison, les soins de métier d'infirmier à être offert et à ces femmes doivent être individualisés, sans jugements et coercition et, au-dessus de tout, chercher ne pas les culpabiliser par sa contamination et par contagion du lait maternel.

Mots-clé: Sciences Infirmières. Allaitement. VIH. HTLV. Représentations Sociales.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Fotografia 1 do ambiente utilizado na dinâmica interativa.....	88
FIGURA 2 – Fotografia 2 do ambiente utilizado na dinâmica interativa.....	88
FIGURA 3 – Configuração da dinâmica interativa.....	90
FIGURA 4 – Plano de análise temática adaptado de Veiga (2009).....	100
FIGURA 5 – Jogo geométrico do diagrama de multitécnicas transversalizadas.....	101
FIGURA 6 – Idade das mulheres entrevistadas. Salvador-Bahia, 2009.....	105
FIGURA 7 – Representação gráfica dos fatores 1 e 2. Salvador-Bahia, 2009.....	113

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Classificação das mulheres entrevistadas segundo condição de sorológica. Salvador – Bahia, 2009.....	103
TABELA 2 - Medidas descritivas para a idade das mulheres entrevistadas. Salvador - Bahia, 2009.....	104
TABELA 3 - Distribuição do estado civil das mulheres entrevistadas. Salvador-Bahia, 2009.....	109
TABELA 4 - Escolha do tipo de mamadeira por mulheres soronegativas entrevistadas. Salvador-Bahia, 2009.....	144
TABELA 5 - Escolha do tipo de mamadeira por mulheres soropositivas para o HIV entrevistadas. Salvador-Bahia, 2009.....	144
TABELA 6 - Escolha do tipo de mamadeira feita por mulheres soropositivas para o HTLV entrevistadas. Salvador-Bahia, 2009.....	144

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição da religião das mulheres entrevistadas. Salvador-Bahia, 2009.....	107
GRÁFICO 2 - Distribuição do quesito raça/cor autodeclarada das mulheres entrevistadas. Salvador – Bahia, 2009.....	108
GRÁFICO 3 - Distribuição do número de Gestações após a Soropositividade das mulheres entrevistadas. Salvador-Bahia, 2009.....	109
GRÁFICO 4 - Condição de amamentação em relação ao número total de filhos das mulheres entrevistadas. Salvador-Bahia, 2009.....	110

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Respostas das mulheres soronegativas e soropositivas para o vírus HIV e HTLV sobre o motivo da escolha da mamadeira. Salvador-Bahia, 2009.....	145
QUADRO 2 - Respostas das mulheres sobre o significado do leite materno e do leite materno contaminado pelos vírus HIV e HTLV. Salvador-Bahia, 2009.....	146
QUADRO 3 - Relação de categorias/subcategorias/códigos. Salvador-Bahia, 2009.....	149
QUADRO 4 - Conhecimento de mulheres segundo condição sorológica sobre a transmissão sexual e sanguínea do vírus HIV. Salvador-Bahia, 2009.....	153
QUADRO 5 - Conhecimento de mulheres segundo condição sorológica sobre a transmissão sexual e vertical do vírus HIV. Salvador-Bahia, 2009.....	154
QUADRO 6 - Conhecimento de mulheres segundo condição sorológica sobre a transmissão sexual e sanguínea do vírus HTLV. Salvador-Bahia, 2009.....	158
QUADRO 7 - Conhecimento de mulheres segundo condição sorológica sobre a transmissão sexual e vertical do vírus HTLV. Salvador-Bahia, 2009.....	158
QUADRO 8 - Mulheres que vivenciaram a amamentação e/ou não amamentação. Salvador-Bahia, 2009.....	193
QUADRO 9 - Sentimentos citados pelas mulheres que não amamentaram devido o contágio do leite materno. Salvador-Bahia, 2009.....	193
QUADRO 10 - Justificativas das mulheres diante da não amamentação. Salvador-Bahia, 2009.....	202

LISTA DE SIGLAS

- AFC** – Análise Fatorial de Correspondência
- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ATL** – Leucemia/linfoma de Células T do Adulto
- CEP/EEUFBA** – Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
- CPF** – Contribuição para o Fator
- DIH** – Dermatite Infecciosa Associada ao HTLV I
- EEUFBA** – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
- EF** – Ensino Fundamental
- EM** – Ensino Médio
- ESI** – Ensino Superior Incompleto
- GAPA** – Grupo de Apoio de Prevenção da Aids
- HAM/TSP** – Mioelopatia/papaparesia Espástica Tropical
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana
- HTLV** – Vírus T-linfotrópico Humano
- HTLV I** - Vírus T-linfotrópico Humano tipo 1
- HTLV II** - Vírus T-linfotrópico Humano tipo 2
- IST** – Infecção Sexual Transmissível
- LACEN** – Laboratório Central de Saúde Pública
- LM** – Leite Materno
- LM HIV** – Leite Materno com o vírus da Imunodeficiência Humana
- LM HTLV** – Leite Materno com o vírus T-linfotrópico Humano
- MCMM** – Manuseio com Massa de Modelar
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PCR** – Proteína C Reativa
- RS** – Representações Sociais
- SESAB** – Secretária da Saúde do Estado da Bahia
- SN** – Soronegativa
- SP HIV** – Soropositiva para o vírus da Imunodeficiência Humana

SP HTLV – Soropositiva para o vírus T-linfotrófico Humano

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TALP – Teste de Associação Livre de Palavras

TRS – Teoria das Representações Sociais

TV – Transmissão Vertical

TVMC – Transmissão Vertical da Mãe para o Filho

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

WB – Western Blot

SUMÁRIO

1	O ENCONTRO COM A TEMÁTICA	21
2	CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO	27
2.1	AMAMENTAÇÃO - FONTE DE VIDA E SAÚDE: UM DISCURSO CONSTRUÍDO.....	27
2.2	AMAMENTAÇÃO - FONTE DE ADOECIMENTO E MORTE: A (DES)CONSTRUÇÃO DO DISCURSO.....	30
2.3	O “AVESSO” DA AMAMENTAÇÃO: UM OLHAR PARA A “NÃO-AMAMENTAÇÃO”.....	35
3	REVISÃO DA LITERATURA	40
3.1	CONSTRUÇÃO SOCIAL DA AMAMENTAÇÃO	40
3.2	CONSTRUÇÃO SOCIAL DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS.....	46
3.3	CONSTRUÇÃO SOCIAL SOBRE O VÍRUS HTLV.....	50
3.4	TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E HTLV POR MEIO DA AMAMENTAÇÃO	56
4	REFERENCIAL TEÓRICO	65
4.1	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO EIXO TEÓRICO.....	65
5	OS MULTIMÉTODOS COMO EIXO METODOLÓGICO	77
5.1	TIPO DE PESQUISA.....	77
5.2	OS CENÁRIOS DA PESQUISA.....	79
5.3	A ENTRADA NO CAMPO PARA COLETAR AS INFORMAÇÕES.....	80
5.3.1	Primeiro Passo.....	81
5.3.2	Segundo Passo.....	81
5.3.3	Terceiro Passo.....	81
5.4	AS MULHERES INFORMANTES DA PESQUISA	81
5.5	ESTRATÉGIAS PARA COLETA DE INFORMAÇÕES – COMBINANDO OS MULTIMÉTODOS E MULTITÉCNICAS	83
5.5.1	<i>Survey</i> Descritivo.....	83
5.5.2	As Técnicas Projetivas.....	84
5.5.3	A Dinâmica Interativa.....	87
5.6	OS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA – UM COMPROMISSO SOCIAL, PROFISSIONAL E CIENTÍFICO.....	92
5.7	ESTRATÉGIAS PARA ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES – LER, ORGANIZAR; LER, SEPARAR; LER, JUNTAR; LER, ANALISAR E TECER O ‘FIO’ NA ANÁLISE.....	93
5.7.1	TALP, <i>Tri-Deux-Mots</i> , Análise Fatorial de Correspondência (AFC).....	94
5.7.2	A técnica de análise utilizada para o Manuseio com Massa de Modelar.....	95
5.7.3	A análise da Dinâmica Interativa.....	97
5.7.4	A Técnica de Análise de Contéudo Temática – transversalização dos resultados provenientes das dinâmicas.....	97
6	APRESENTAÇÃO INTERPRETATIVA DOS RESULTADOS	103
6.1	CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DAS MULHERES.....	103
6.2	TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS.....	111
6.3	TÉCNICA DO MANUSEIO COM MASSA DE MODELAR.....	127
6.4	A DINÂMICA INTERATIVA.....	143

6.5	QUADRO DE CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....	149
7	ANÁLISE DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: TRANSVERSALIZANDO IMAGENS, DISCURSOS E REALIDADES.....	150
7.1	PRIMEIRA CATEGORIA: REVESES E VIESES – O (DES)CONHECIMENTO COMO CONSEQUÊNCIA DE VIDAS REESCRITAS.....	150
7.1.1	Subcategoria: Conhecimento: uma forma de prevenção, saberes versus fazeres	151
7.2	SEGUNDA CATEGORIA: AMAMENTAR OU NÃO, UM DESAFIO – (DES)CONHECER, RAZÕES PARA DECIDIR/ESCOLHER.....	167
7.2.1	Subcategoria: A dupla direcionalidade do (des)conhecer os vírus: no limiar da tomada de decisão para a amamentação	167
7.2.2	Subcategoria: Atributos valorativos positivos do leite materno	172
7.2.3	Subcategoria: Atributos valorativos negativos do leite materno	175
7.3	TERCEIRA CATEGORIA: <i>MULTIVERSAS</i> MANEIRAS DE VIVER A VIDA SENDO SOROPOSITIVA.....	177
7.3.1	Subcategoria: Significado e significantes do HTLV e HIV: definição/manifestação, o cognitivo e o físico	179
7.3.2	Subcategoria: Estratégia de enfrentamento – consciencioso e driblando o consciente	188
7.4	QUARTA CATEGORIA: A DÍFICIL DECISÃO DE NÃO AMAMENTAR – CONFLITOS VALORATIVOS.....	190
7.4.1	Subcategoria: Entre o desejo de amamentar e o desejo de manter a vida: conflitos relacionais consigo mesma, ser mãe e ser soropositiva	190
7.4.2	Subcategoria: O que eu vejo no meu corpo: alterações físico-orgânicas diante da não-amamentação	196
7.4.3	Subcategoria: Construção social da amamentação.....	199
7.4.4	Subcategoria: A obscuridade diante da janela da vida: desafio do preconceito social	200
7.5	QUINTA CATEGORIA: SENTIMENTOS E SENSações DE <i>SER</i> MÃE DE FILHOS LIVRE DOS VÍRUS HIV E HTLV.....	203
7.5.1	Subcategoria: Conforto e alívio – a tranquilidade de saber que os filhos estão livres dos vírus	203
7.5.2	Subcategoria: Não amamentar: um ato de amor em preservação da saúde	204
8	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	208
	REFERÊNCIAS	217
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	229
	APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	231
	APÊNDICE C: FOLHA DE ESPOSTA PARA O TALP.....	233
	APÊNDICE D: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM MULHERES SORONEGATIVAS.....	234
	APÊNDICE E: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM MULHERES SOROPOSITIVAS PARA O HIV/AIDS.....	239
	APÊNDICE F: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM MULHERES SOROPOSITIVAS PARA O HTLV.....	246
	ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	253
	ANEXO B: IMP DICIONÁRIO <i>TRI-DEUX-MOTS</i>.....	254
	ANEXO C: AFC : <i>ANALYSE DES CORRESPONDANCES</i>	257

1 O ENCONTRO COM A TEMÁTICA

*Quanto mais percorro meus olhos no horizonte
do tempo passado, maior é a constatação de
que devo continuar a vislumbrar o futuro,
pois nada é mais desanimador do que
a sensação de já ter vivido tudo.*
(MONTICELLI, 2003, p. 15)

A prática da amamentação natural tem se configurado objeto de interesse para diferentes atores e grupos sociais, pois, além de ser biologicamente determinada, é socialmente condicionada e, portanto, trata-se de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas da vida, sendo influenciada pelos condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que a transformam em um ato regulável pela sociedade (ALMEIDA, 1999).

Cabe destacar, no entanto, que, apesar dos benefícios que o aleitamento materno proporciona para os seres humanos, nem sempre este tema despertou o interesse dos estudiosos, muito menos dos profissionais que cuidavam das mulheres em processo de amamentação. Santos (2004) relata que até meados do século passado, sabia-se muito pouco sobre a qualidade do leite humano, sua importância e vantagens, ao mesmo tempo em que não se exploravam os fatores sociais, políticos e culturais, tornando difícil o manejo adequado do processo de amamentação.

O meu despertar para estudar as questões que permeiam a prática do aleitamento materno surgiu, precisamente, em 1990, ainda como aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, na disciplina Enfermagem Materno Infantil I, momento em que se iniciou o meu caminhar rumo ao cuidado de mulheres no ciclo grávido-puerperal e de recém-nascidos, especialmente, em processo de amamentação. Nesse contexto e momento histórico, a abordagem do processo de amamentação já priorizava os conhecimentos técnico-científicos; falava-se em tratar e prevenir as intercorrências mamárias, enfatizando-se os benefícios do leite materno para o crescimento e desenvolvimento da criança.

E, por considerar os benefícios que o aleitamento materno traz para a saúde das crianças, incentivava a amamentação como uma “obrigação” a ser cumprida pela mulher nutriz, uma vez que meu olhar estava mais voltado para os benefícios que este ato proporciona ao desenvolvimento infantil.

Após a conclusão do curso de Graduação, iniciei minha experiência profissional como enfermeira assistencial em um Hospital Geral Público no Município de Jequié, no interior da

Bahia, onde atuei em diversos setores, dentre eles, a maternidade, a partir das unidades de alojamento conjunto, berçário, pré-parto e sala de parto.

Decorridos três anos, iniciei a minha atuação como docente na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB – Campus de Jequié. Em ambos os locais, tive a oportunidade de desenvolver diversas ações de promoção de saúde junto às gestantes, nutrizes e familiares que estavam vivenciando e/ou experienciando¹ ou iriam vivenciar e/ou experienciar o processo da amamentação.

Como enfermeira assistencial, valorizava a prática da amamentação, porém, foi como docente da Universidade, ministrando aulas sobre o processo de amamentação para os(as) alunos(as) do curso de graduação em enfermagem, que este interesse alcançou uma dimensão maior. Neste momento, desenvolvi diversas atividades, primeiro como membro da equipe executora e, posteriormente, coordenadora no Projeto de Extensão: *Vamos amamentar, mamãe?*, cujo objetivo era promover meios para proteger e apoiar a prática do aleitamento materno na comunidade jequieense.

Na medida em que buscava atualização sobre a temática, participando de encontros, grupos de discussões, cursos, simpósios e congressos e discutia com colegas, ministrava aulas na graduação, cuidava de mulheres em processo de amamentação, fui adquirindo cada vez mais experiência em cuidar das mulheres, fossem elas uma gestante, uma parturiente ou uma nutriz.

Em 1996, ingressei no Curso de Especialização em Atenção à Saúde da Mulher, com intuito de ampliar o conhecimento científico sobre essa temática e obter respaldo técnico no cuidado às mulheres que estavam experienciando e vivenciando o ciclo grávido-puerperal, especialmente, as mulheres em trabalho de parto e parto.

Durante o percurso profissional, muitas inquietações sobre a prática da amamentação surgiram, porém a maior delas era o índice elevado de desmame precoce², entendendo ser esta uma situação influenciada pelos fatores biológicos, sociais, culturais e econômicos. Ciente destes fatores, o social e o cultural foram os que me despertaram maior interesse, no que se refere ao estudo das questões que permeiam o ato de amamentar, uma vez que sempre me questionava sobre a influência da mulher-avó na prática do aleitamento materno ao cuidarem de suas filhas, noras, netos(as) em processo de amamentação, acreditando que elas

¹ Segundo Ximenes (2000) a vivência é a experiência da vida, o que se viveu, enquanto a experiência é a ação ou efeito de experimentar. Conhecimento prático adquirido ao longo da vida. Neste estudo foi considerada a vivência como um conhecimento adquirido a partir de si próprio, faz parte do vivenciado, enquanto a experiência como o conhecimento a partir do outro.

² O desmame precoce é a introdução de qualquer tipo de alimento ou bebida além do leite materno, incluindo água, chá, dentre outros, na alimentação da criança antes dos seis meses de idade (SIMONS, 2000).

influenciavam de forma negativa, e assim contribuíam para aumentar o índice de desmame precoce.

A partir desse pressuposto, ingressei no Mestrado, pesquisando sobre a influência das mulheres-avós na prática do aleitamento materno, assumindo uma postura de defensora da amamentação e atribuindo a elas uma parcela de culpa pelo desmame precoce. Tal perspectiva resultou num estudo qualitativo, no qual eu implementei um Modelo de Cuidar em Enfermagem junto às famílias em processo de amamentação (TEIXEIRA, 2005).

A implementação do Modelo de Cuidar em Enfermagem junto a três mulheres-avós e seus familiares para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na cidade de Florianópolis, permitiu a constatação do valor que elas têm no processo de cuidar de seus familiares, contribuindo com seus conhecimentos, suas crenças e valores.

As mulheres-avós demonstraram possuir vivências e experiências que foram acumuladas ao longo de suas vidas, permanecendo ao lado de suas filhas e noras em processo de amamentação, cuidando e promovendo a saúde dos membros de sua família, apesar de ainda trazerem consigo muitos mitos, tabus, valores e crenças sobre o ato de amamentar, o que de certa forma influenciava esta prática. No entanto, estes foram discutidos, revistos e alguns modificados no momento em que o Modelo de Cuidar em Enfermagem foi implementado, o que contribuiu para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (TEIXEIRA, 2005).

Assim, neste percurso profissional e acadêmico transcorrido, pude construir-desconstruir-reconstruir os meus próprios significados referentes às questões que permeiam a prática do aleitamento materno, especialmente o de acreditar que as mulheres-avós interferiam no processo de amamentação de forma negativa, pressuposto esse defendido e percebido a partir de um contexto social que vivenciava no interior da Bahia. Porém, no desenvolvimento da pesquisa, constatei que as mulheres-avós interferem no processo de amamentação de forma positiva por meio da promoção, proteção e apoio a essa prática.

Essa desconstrução-reconstrução resultou no entendimento de que a amamentação é um processo complexo, não instintivo, e que precisa ser aprendido; que não depende somente das mulheres, mas, sobretudo, do apoio recebido do companheiro, dos familiares e dos profissionais de saúde; que as mulheres precisam ser cuidadas e não precisam se sentirem culpadas pelo desmame, uma vez que o amamentar não é um ato somente biológico, mas permeado e influenciado por questões culturais, econômicas, sociais e educacionais.

Dessa forma, percebi que nesse processo de construção-desconstrução-reconstrução de significados é preciso levar em consideração a mulher que amamenta, ela precisa decidir se

quer ou não amamentar, se quer ou não ajuda para amamentar com sucesso, e, se, porventura, não desejar amamentar, que seja entendida e não culpabilizada. Cabe, portanto, ao profissional de saúde ajudá-la a tomar uma decisão de forma consciente, e assim, apoiar a forma que ela escolher para alimentar seu filho.

Ao tangenciar o olhar para a importância da mulher no processo de amamentação, deparei-me com a influência das questões de gênero que permeiam este processo, surgindo, assim, mais uma inquietação na minha vida profissional como enfermeira pesquisadora, o que garantiu o meu ingresso no Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA).

À medida que cursava as disciplinas, assistia às defesas de projetos e de dissertações, lia sobre a temática e discutia com colegas e com a orientadora sobre o tema a ser pesquisado. Assim, novas inquietações foram surgindo, entretanto, uma dentre elas me chamou a atenção: a não-amamentação devido ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV.

Surge assim, um novo horizonte a ser visualizado, pesquisado e discutido, o qual emergiu das discussões relacionadas à transmissão vertical dos vírus HIV e HTLV por meio do leite materno. Esta temática foi me envolvendo de tal maneira que um turbilhão de novos questionamentos foi surgindo e me direcionando para um novo caminho.

E, para esse novo caminho a trilhar, inspirei-me nas palavras de Monticelli (2003, p. 15), ao afirmar que “quanto mais percorro meus olhos no horizonte do tempo passado, maior é a constatação de que devo continuar a vislumbrar o futuro, pois nada é mais desanimador do que a sensação de já ter vivido tudo”. Esta autora procura olhar o já conhecido com os olhos de estrangeira, procurando familiarizar-se e trazer um novo olhar para sentidos e significados antes não percebidos. No entanto, nessa busca, procurei voltar meu olhar para um cotidiano que eu sabia que existia, mas que eu não havia experienciado e, para isso, foi preciso conhecer, experienciar para poder melhor direcionar os cuidados às mulheres que vivenciam a não-amamentação devido ao contágio do seu leite.

Nesse sentido, faz-se necessário pensar na amamentação pelo “avesso”, ou seja, deixar de vê-la como fonte de vida e saúde, compreendendo-a também como fonte de doença e morte, podendo trazer consequências para a saúde da criança e para a saúde física e mental da mulher, que, ao se ver diante da impossibilidade de amamentar, poderá desenvolver sentimentos que dificultam o enfrentamento de sua soropositividade, ao mesmo tempo em que as deixam aliviadas por não transmitir os vírus para seus(suas) filhos(as).

Segundo Lamonier, Moulin e Xavier (2004), as doenças envolvendo tanto a mãe quanto o recém-nascido podem constituir obstáculos para a amamentação, sendo necessária uma avaliação criteriosa por parte do profissional de saúde para orientar adequadamente a viabilidade ou não do aleitamento materno.

A decisão pela suspensão temporária ou definitiva da amamentação vai depender do tipo de infecção apresentada pela nutriz e de quando os sintomas da doença começaram a surgir. Há casos em que a nutriz, ao apresentar os sintomas, já expôs seu filho ao agente patogênico, sendo orientada à manutenção do aleitamento materno. No entanto, existem determinadas situações em que a suspensão da amamentação é uma necessidade imperiosa, pois, mesmo o leite materno contendo anticorpos, células nucleares e outros fatores de proteção, partículas infecciosas da mãe podem ser transferidas para o lactente (LAMONIER; MOULIN; XAVIER, 2004).

Dentre as possibilidades de contágio por doenças através do leite materno, tem destaque as causadas pelos retrovírus denominados de vírus da imunodeficiência humana (HIV), responsáveis pelo desenvolvimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) em seres humanos e pelos vírus T-linfotrófico humano tipo I (HTLV I), que pode levar as pessoas a desenvolverem doenças como a leucemia/linfoma de células T do adulto (ATL) e um quadro neurológico degenerativo crônico, a mielopatia/paraparesia espástica tropical associada ao HTLV-I (HAM/TSP); e, pelos vírus T-linfotrófico humano tipo II (HTLV II) causadores de doenças neurológicas similares a HAM/TSP e leucemia de linfócitos granulares, tendo sido também isolado ou detectado em pacientes com leucemia linfocítica crônica com neutropenia, leucemia prolinfocítica, linfoma cutâneo, síndrome de Sézary, dermatite esfoliativa, síndrome da fadiga crônica e distúrbios neurodegenerativos súbitos (FERNANDES; SILVA, 2003; CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS, 1993; BITTENCOURT; PRIMO, 2006, BRASIL, 2004a, 2006).

Portanto, com o advento das infecções pelos vírus HIV e HTLV, promover, proteger e apoiar a amamentação passa a ter novo significado, no qual não se pode pensar somente na transmissão dos vírus da mãe para o filho, mas, sobretudo, nas mulheres, portadoras dessas infecções que estão enfrentando essa situação. É um momento em que se faz necessário a construção-desconstrução-reconstrução de significados, não somente por parte das mulheres que deixarão de amamentar, como também por parte dos profissionais que sempre incentivaram esta prática e cobram sua total adesão.

Esta desconstrução-reconstrução de significados no que se refere à não-amamentação faz parte também do meu universo simbólico, especialmente por ser uma profissional que

sempre promoveu, incentivou e apoiou o processo de amamentação, não somente quando estava cuidando das mulheres e seus familiares, mas também quando ministrava aulas, promovia cursos e oficinas sobre a temática para profissionais de saúde e para as mulheres, em especial, as gestantes e nutrizes.

Assim, reconstruir novos significados diante da não-amamentação foi um processo difícil e doloroso para mim durante os momentos em que comecei a ler e a escrever sobre a temática. No entanto, na medida em que me aprofundava nas leituras e no percurso da pesquisa de campo durante a coleta de informações, fui reconstruindo significados sobre a não-amamentação devido ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV e, ao conhecer como as mulheres representavam e vivenciavam tal processo, novas inquietações surgiram, especialmente no que se refere aos cuidados necessários para auxiliá-las no enfrentamento da não-amamentação e da soropositividade.

Ao deparar-me com tal situação, a minha angústia diante da não-amamentação toma um novo rumo, uma vez que a descoberta da veiculação dos vírus HIV e HTLV pelo leite materno, o que impede as mulheres de amamentarem e, considerando a história social destas doenças, eu observei que esta articulação, além de despertar nas mulheres sentimentos de tristeza e culpa por não poderem amamentar ou por terem transmitido o vírus para seus(suas) filhos(as), as coloca frente a outro problema comum às pessoas infectadas – o preconceito por serem portadoras dos vírus, despertando sentimentos, significados e símbolos diante da não-amamentação, exigindo dos profissionais de saúde a necessidade de tangenciar um novo olhar para estas mulheres.

2 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

*Não há saber mais ou saber menos
há saberes diferentes.*
Paulo Freire

2.1 AMAMENTAÇÃO - FONTE DE VIDA E SAÚDE: UM DISCURSO CONSTRUÍDO

No Brasil, na primeira metade do século XX, a defesa da amamentação era algo individual e influenciada, principalmente, pela chegada da industrialização, momento em que a divulgação do aleitamento artificial se intensificou. Diante do pouco conhecimento sobre a imunologia e o papel protetor do colostro, não se dava importância ao aleitamento materno (MARTINS FILHO, 2000).

Entretanto, com as transformações sociais e do setor saúde ocorridas nesse período, notadamente o combate aos altos índices de mortalidade infantil, a amamentação passa a ser objeto de interesse de pesquisadores, sendo empreendidos esforços no sentido de desenvolver estudos que confirmassem a superioridade do aleitamento materno em detrimento à alimentação artificial, levando a um acúmulo de conhecimentos sobre a temática que passa a ser entendida como “uma questão social ampla” (SANTOS, 2004, p. 19) a ser pensada e discutida.

Não há dúvidas de que o leite materno é o melhor alimento para fornecer os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento das crianças. É um alimento insubstituível e extraordinário, que contém nutrientes e enzimas balanceadas, substâncias imunológicas e fator de crescimento epidérmico, os quais se ajustam adequadamente para promover todas as mudanças necessárias para a criança (TERUYA; COUTINHO, 2000).

O ato de amamentar transcende o prisma biológico, da promoção nutricional e adaptação da criança, além de suprir as necessidades emocionais e psicológicas da mesma (TERUYA; COUTINHO, 2000). Todavia, não se pode desconsiderar que ele atende à necessidade emocional de algumas mulheres, especialmente aquelas que creem no ato de aleitar como o que lhes confere o estatuto de ser mulher e mãe, uma vez que a amamentação estabelece uma profunda relação entre mãe e filho, em decorrência da interação proporcionada pelos estímulos sensoriais (KLAUS; KENNEL, 1982; GRIBBLE, 2006).

O leite materno é capaz de proteger a criança de um elevado número de infecções, no primeiro ano de vida, devido aos anticorpos e outros componentes imunológicos que contém,

conferindo-lhe função protetora contra vírus, bactérias e parasitas, sendo considerada a primeira vacina que a criança recebe. Assim, protege a criança contra infecções gastrointestinais, respiratórias, otite média, sepsis neonatal, infecção urinária e meningites (GIUGLIANI, 1994; TERUYA; COUTINHO, 2000; MÉNDEZ; ROMERO, 2002).

Além disso, o leite materno parece reduzir o risco de alergias e de certas doenças crônicas ligadas ao sistema imunológico, como doenças autoimunes, doença celíaca, doença de Cronh, colite ulcerativa, diabetes melitus, linfoma, osteoporose, doença cardiovascular e obesidade (GIUGLIANI, 1994; VICTORIA et al., 1999; TERUYA; COUTINHO, 2000; BRASIL, 2002).

Observa-se, ainda, o efeito da amamentação sobre as funções neurológicas e cognitivas, como melhor maturação visual e habilidade motora, poucos problemas de ordem emocional e de comportamento, menor ocorrência de distúrbios neurológicos e melhores desempenhos em testes de inteligência. Quanto aos aspectos psicológicos, são citados o desenvolvimento do apego, menor índice de rejeição e abandono, uma vez que ao amamentar se estabelecem trocas afetivas (GIUGLIANI, 1994; TERUYA; COUTINHO, 2000).

Acrescentam, além das vantagens para a saúde da criança, a de proteger a saúde da mãe, ao reduzir o risco de câncer de mama e de ovário, atua como método contraceptivo, reduz a hemorragia pós-parto, por intermédio da contração uterina, sob a ação da ocitocina, diminuindo a ocorrência de anemias e proporcionando uma sensação de relaxamento, sonolência, bem-estar e euforia, aumentando o limiar para suportar a dor e o cansaço (BRASIL, 1995; LANA, 2001).

Amamentar traz tranquilidade para as mães porque as crianças adoecem menos, além disso, muitas mães acham prático amamentar, estando o leite pronto, na temperatura adequada a qualquer hora e lugar. Sem contar que uma amamentação bem sucedida desperta na mulher um sentimento de profunda ligação com o(a) filho(a) e de realização como mulher e mãe (OMS, 1993; GIUGLIANI, 1994; LANA, 2001; MÉNDEZ; ROMERO, 2002; PAMPLONA, 2002), resultado dos condicionantes de gênero.

No entanto, cabe à mulher decidir se quer ou não amamentar. Este é um direito que lhe confere o poder de controlar seu corpo, independente das pressões exercidas pela sociedade, especialmente a ordem médica centrada em um modelo biomédico de dominação masculina, com seu discurso higiênico machista e romantizado sobre a amamentação, comprometendo as mulheres com uma política machista e fazendo-as crer que na função de aleitar como um ato nobre (AMIN, 1995; COSTA, 2004). Cabe destacar ainda os interesses comerciais que foram estabelecidos pelas indústrias de alimentos infantis, consistindo-se, portanto, em mais uma

forma de pressão sobre a decisão da mulher de amamentar ou não.

Não se pode deixar de falar sobre as vantagens do aleitamento materno para a sociedade como um todo, especialmente do ponto de vista econômico, com a família sendo a primeira beneficiada com esta prática. Concordo com Giugliani (1994) ao relatar que num país onde muitas famílias contam com escassos recursos para o sustento, o fator econômico não pode deixar de ser considerado, já que alimentar uma criança com leite materno é mais econômico do que alimentá-la com leite artificial.

Pouco se fala sobre o impacto do aleitamento materno na qualidade de vida das crianças e de suas famílias, pois esta é uma variável difícil ou mesmo impossível de ser medida. No entanto, seria fácil imaginar a melhoria da qualidade de vida se as famílias fossem menos numerosas e não tivessem que desviar os seus poucos recursos para comprar leite artificial, se as crianças adoecessem menos e se hospitalizassem menos, e, se as mulheres se sentissem mais realizadas e pudessem ser poupadas da dor e do trauma da morte de uma criança (GIUGLIANI, 1994).

A amamentação diminui os custos dos estabelecimentos de saúde e do Estado, ao eliminar os gastos com leites artificiais, mamadeiras, com internações hospitalares de crianças, com a compra de fórmulas lácteas para suprir as necessidades decorrentes da prática do desmame precoce. Ao diminuir o absenteísmo dos pais ao trabalho, automaticamente se tem uma grande economia para o Estado, uma vez que a criança se mantém saudável, não necessitando do afastamento dos mesmos para cuidarem das crianças doentes ou internadas (GIUGLIANI, 2002; RAMOS; ALMEIDA, 2003).

A amamentação é um ato ecológico, porque é o “único alimento produzido e entregue ao consumidor sem poluir, sem provocar desperdícios e sem precisar de embalagem. Ele é um recurso renovável e extremamente benéfico, do ponto de vista da preservação da natureza” (ALBUQUERQUE, 2000, p. 313).

Diante de tantas vantagens é inegável a importância da prática do aleitamento materno para os seres humanos e para o planeta. Assim, ao reconhecer estas vantagens, a Organização Mundial de Saúde (2001) recomenda que as crianças sejam amamentadas exclusivamente com leite materno durante os primeiros seis meses de vida, introduzindo, a partir daí, os alimentos complementares, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais, a depender do desejo da nutriz.

Com a comprovação científica da superioridade do leite materno, grandes investimentos foram feitos no que diz respeito à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. A OMS investe em propagandas (Semana Mundial da Amamentação), em

treinamento de profissionais (Curso de Aconselhamento em Amamentação), em implantação de estratégias para mudança de rotinas hospitalares (Hospital Amigo da Criança e Método Mãe Canguru), dentre outros, demonstrando um forte compromisso político com as questões referentes à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Apesar de toda esta investida, a prática da amamentação vem sofrendo influências de valores, ideologias e interesses, especialmente os econômicos, sendo marcada por períodos de incentivo e desestímulo, criando incertezas na posição a ser tomada, não somente pelas mulheres, mas também pelos profissionais de saúde e pela sociedade como um todo.

Vale destacar que com o advento da transmissão vertical de vírus, como o HIV e HTLV, surge mais um impasse no que se refere a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, uma vez que precisa-se pensar em como contribuir para a quebra da cadeia de transmissão destes vírus e, dentre estas ações, encontra-se a não amamentação.

2.2 AMAMENTAÇÃO - FONTE DE ADOECIMENTO E MORTE: A (DES)CONSTRUÇÃO DO DISCURSO

A década de 80 do século passado foi marcada por uma forte mobilização da sociedade em prol da amamentação, todavia, nesta mesma época, surge a aids, uma doença grave que acometia os indivíduos, destruía seu sistema imunológico e os levava a morte.

Em 1983, foi notificado o primeiro caso de aids em criança e, em 1985, o HIV foi detectado no leite humano de mães soropositivas, ocasionando uma das tragédias trazidas pela pandemia do HIV – a sua transmissão por meio do leite materno, num momento em que se comprovou que a amamentação natural prevenia anualmente mais de seis milhões de mortes infantis no mundo. Porém, ao mesmo tempo, resultava em 200 a 300 mil crianças infectadas pelo HIV, com uma percentagem atribuída ao contágio pelo leite materno (CAMELO JÚNIOR; MOTTA, 2004).

No período de 1980 a junho de 2008, no Brasil, a transmissão vertical foi responsável por mais de 84,5% do total de casos de aids entre os menores de 13 anos, sendo evidenciado que a maioria desses casos (65%) ocorreram durante o trabalho de parto e parto, (35%) intra-útero, especialmente nos últimos meses de gestação e, (7 a 22%) por meio do aleitamento materno (BRASIL, 2003; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2008).

No entanto, foi em 1996 que a infecção aumentou entre as mulheres (feminização), se dirigiu para os municípios do interior dos estados brasileiros (interiorização) e aumentou

significativamente na população de baixa escolaridade e renda (pauperização) aumentando, portanto, o risco de transmissão vertical da mãe para o filho(a).

Essa transição epidemiológica se deu em decorrência da heterossexualização gerando o processo de feminização da epidemia como um reflexo do comportamento social e sexual da população, associado aos aspectos de vulnerabilidade biológica e de gênero, o que facilita a disseminação do vírus em mulheres. A vulnerabilidade é definida como um “conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural, cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional, frente a uma determinada doença, condição ou dano” (BRASIL, 2005, p. 47).

E, na transmissão heterossexual, a mulher é atingida em plena fase reprodutiva, uma vez que, segundo o Boletim Epidemiológico (2008), as faixas etárias que concentram maiores percentuais em mulheres são as de 20 a 29 anos.

No Brasil, de 2000 a junho de 2008, foram notificados 41.777 casos de gestantes soropositivas para o HIV, destes 1.141 foram na Bahia (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2008). Com relação a Salvador, desde o período de janeiro de 2000 até início de dezembro de 2006, foram notificados um total de 546 gestantes soropositivas para o HIV (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2006), demonstrando a necessidade de implementação de medidas que possam impedir a cadeia de transmissão deste vírus, dentre elas, a supressão da amamentação.

O risco de transmissão do vírus HIV através da amamentação é quase o dobro entre as mães que foram infectadas recentemente, é maior se a mulher está em um estágio avançado da doença e ocorre um prolongamento da amamentação (OMS, 1996; 2003; BRASIL, 2003). Surge assim um desafio para áreas do conhecimento, especialmente a da saúde, diante do impasse que é o de “lidar com a mulher que até então podia e devia amamentar e agora não deve, embora possa” (PADOIN, 2006, p.18).

Entretanto, dado a importância do aleitamento materno para os seres humanos, principalmente para redução da morbimortalidade infantil, em 1997, a Declaração Política das Nações Unidas “destacou que, como princípio geral para todas as populações independentemente da taxa de infecção por HIV, a amamentação deve ser promovida, protegida e apoiada” (IBFAM, 2003, p. 1).

No entanto, vale destacar que, desde 1988, vêm sendo publicados diversos documentos com recomendações sobre a questão da transmissão vertical da mãe para criança (TVMC) do HIV por meio do leite materno, mesmo que nesta data “o que mais se recomendava era cautela e mais pesquisa sobre o assunto” (OMS, 1998, p. 1).

Em 1992, a OMS convocou uma reunião internacional de especialistas, e, com base em pesquisas que confirmaram a TVMC por meio da amamentação, recomendou:

(...) em lugares com altas TMI (Taxa de Mortalidade Infantil) o risco de morrer por diarreia com a não amamentação é tão alto que pode ser maior que o risco da transmissão do HIV pela mãe pelo leite materno, assim, a amamentação é o método de escolha nessas comunidades. Entretanto onde as TMI são baixas, e o uso de fórmula infantil é seguro, esta é a alimentação de escolha para crianças filhas de mãe HIV + (...) (OMS, 1998, p. 1-2).

Passados alguns anos e com avanços nos estudos sobre a transmissão vertical, em 2003, a OMS reitera a política sobre HIV e alimentação infantil e pública em documento oficial a recomendação global de que:

(...) quando a alimentação a ser fornecida para a criança em substituição ao leite materno for aceitável, viável economicamente, sustentável e segura, a amamentação ao peito deve ser totalmente suprimida por parte das mães infectadas com HIV. Caso contrário, a amamentação exclusiva é recomendada durante os primeiros meses de vida, devendo ser interrompida tão logo seja possível (OMS, 2003, p. 2).

Essas recomendações mostram uma dupla orientação, ou seja, uma para mulheres de países desenvolvidos e outra para mulheres de países em desenvolvimento (OMS, 1996; SANTOS, 2004), demonstrando a dificuldade de se tomar uma decisão unificada frente às desigualdades sociais existentes entre os países, obrigando-os a realizarem adaptações diante da recomendação publicada. Entretanto, na maior parte dos lugares a tendência foi “orientar a mãe HIV + a não dar o leite de peito” (OMS, 1998, p.2).

No Brasil, desde 1994, o Ministério da Saúde assumiu e recomenda a não amamentação para mulheres soropositivas para o HIV, no entanto, ofereceu alternativas para as mulheres alimentarem seus(suas) filhos(as) ao instituir instrumentos de apoio à alimentação das crianças, orientação para o preparo e uso de fórmulas lácteas infantis, incluindo a distribuição gratuita do leite artificial (BRASIL, 2004; 2007).

A recomendação da não amamentação para as mulheres soropositivas para o HIV vem despertando nessas mulheres, tristeza, medo, culpa, incerteza e dor por não poder amamentar o(a) filho(a) com o seu próprio leite, submetendo-a ao desamparo e solidão. Além disso, enfrentam a discriminação diante da cobrança social para que amamentem, ao mesmo tempo em que sofrem o preconceito por serem portadoras da infecção pelo HIV/aids, conforme demonstrado nos resultados de pesquisas realizadas por Moura (2002), Santos (2004), Gomes (2004); Preussier (2005), Hebling (2005), Silva (2005), Moreno, Rea e Felipe (2006) e Padoin (2006), Coelho (2008) trazendo para a mulher soropositiva a necessidade de se buscar estratégias para desconstrução da naturalização da amamentação.

No entanto, para se começar a buscar estratégias para a desconstrução da naturalização da amamentação, faz-se necessário criar instrumentos que possam dar suporte aos profissionais de saúde para que os mesmos possam ajudar as mulheres no enfrentamento da condição de soropositividade e não amamentação. É preciso orientar como resolver os principais problemas de ordem biológica, social e econômico.

A publicação do Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 anos que não podem ser amamentadas, foi um instrumento valioso de apoio para os profissionais de saúde no que concerne à orientação de como a mulher deve preparar, oferecer e alimentar adequadamente a criança. No entanto, faz-se necessário levar em consideração as condições sociais, culturais e econômicas existentes em cada família (PADOIN, 2006).

Com relação ao HTLV, pouco se tem discutido, mesmo tendo este vírus surgido antes do HIV. Por isso mesmo, foi através dos estudos sobre o HIV que os(as) pesquisadores(as) descobriram semelhanças e diferenças entre eles. Entretanto, a realização de estudos e a disponibilização de dados sobre HTLV não ocorre na mesma dimensão que para o HIV/aids.

Segundo o Ministério da Saúde a relação dos retrovírus com as doenças permaneceu obscura até 1980, quando o vírus T-linfotrópico humano tipo I foi identificado em um paciente com linfoma cutâneo. Alguns estudos conduzidos no Japão concluíram que a maioria dos pacientes adultos portadores de leucemia, ou linfoma, tinha sido exposta ao HTLV-I (BRASIL, 2006).

Nesta época, pensou-se que esse vírus, além de estar associado às leucemias e aos linfomas, poderia também ser a causa da nova doença, a aids. Porém, após a identificação do vírus HIV, em 1983, e depois dos estudos realizados sobre o HTLV-I, verificou-se que ambos tinham as mesmas formas de transmissão e como característica comum o tropismo pelos linfócitos T, destruindo-os ou ocasionando linfopenia e levando à inversão da relação CD4/CD8 (BRASIL, 2006).

Os vírus HIV e HTLV, apesar de serem da mesma subfamília, possuem algumas diferenças: o HIV apresenta alta taxa de partículas virais livres no plasma e em outros líquidos orgânicos e o HTLV apresenta taxa de replicação menor, com poucas partículas virais livres nos diversos líquidos orgânicos; o HTLV aumenta a proliferação linfocitária, enquanto o HIV reduz progressivamente a população de CD4+, o que leva o indivíduo a desenvolver a Aids (BRITES, 2006). O HTLV apresenta ainda menor infectividade e período de incubação mais longo (CATALAN-SOARES; PROIETTI; CARNEIRO-PROIETTI, 2001).

Assim como o vírus HIV, o HTLV pode ser transmitido por via sexual, pela transfusão sanguínea, pela partilha de agulhas contaminadas, por via transplacentária ou durante a

amamentação, sendo que a principal via de transmissão dos vírus HTLV é a que ocorre da mãe para o(a) filho(a). Em áreas endêmicas para HTLV-I, aproximadamente 25% de crianças amamentadas, nascidas de mães soropositivas, adquirem a doença. A transmissão intrauterina ou perinatal acontece, mas parece ser menos frequente que a transmissão pela amamentação e somente 5% de crianças nascidas de mães infectadas, mas não amamentadas, adquirem a infecção (BITTENCOURT, 1998; FERNANDES; SILVA, 2003).

Segundo Martins e Stancioli (2006, p. 38) “o nível de carga proviral do HTLV é importante na transmissão sexual ou vertical do vírus, além do tempo de exposição ao fator risco (relação sexual ou aleitamento materno)”, sendo que a transmissão do HTLV-I por meio da amamentação tem como fator de risco a elevada carga proviral da mãe, assim como altos títulos de anticorpos anti-HTLV-I.

A infecção do HTLV-I é endêmica no sudoeste do Japão, onde 30% da população adulta é de portadores do vírus; na Bacia Caribenha, com uma taxa de 2 a 5% de adultos negros soropositivos para o HTLV-I; na Melanésia e no Brasil. Taxas elevadas também são encontradas na América do Sul, América Central e África sub-saariana. Em algumas destas regiões, a taxa de prevalência é de 15% da população total. Já nos Estados Unidos, a taxa média de soropositividade de HTLV-I/II entre doadores de sangue voluntários é de 0,016%. As soroprevalências aumentam com a idade em grupos de pessoas mais velhas e as taxas são normalmente mais altas em mulheres (CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS, 1993; FERNANDES; SILVA, 2003; BRASIL, 2004a; 2006a).

No Brasil estima-se que mais de dois milhões de pessoas estejam infectados pelo vírus HTLV. Segundo estudo realizado por Dourado et al. (2003), Salvador é a cidade com maior porcentagem de indivíduos infectados pelo HTLV-I, com soroprevalência alcançando 1,76%, sendo mais elevada em mulheres. Mesmo assim, somente recentemente é rotina a solicitação de sorologia para este vírus em algumas unidades que atendem as mulheres, especialmente, as de pré-natal.

Além disso, o HTLV não se encontra na lista de doenças de notificação compulsória, ocasionando dificuldade em se identificar a prevalência e incidência desta doença e, como consequência a falta de uma política pública específica de prevenção e controle da disseminação deste vírus, especialmente na cidade de Salvador, local de maior incidência e prevalência.

Portanto, diante da gravidade da infecção pelo vírus HTLV, faz-se necessária a tomada de medidas que visem a sua prevenção e controle. O governo brasileiro e, especificamente o baiano, ainda não se alertaram para tal fato, o que pode ser confirmado pela ausência de uma

política de saúde específica para controlar a transmissão desse vírus, a exemplo do que vem sendo realizado com a infecção pelo HIV/aids (BITTENCOURT, 1998).

Percebe-se que, além de uma vasta literatura que aborda a transmissão vertical do HIV/aids, há a disponibilização de uma política de atenção voltada para a prevenção da transmissão por esta via. No entanto, no que diz respeito à infecção pelo vírus HTLV, apesar de possuírem como semelhanças a forma de transmissão, o tropismo pelas células T, de provocarem doenças incuráveis e acometerem mais as mulheres, ainda não há uma política específica de controle, combate e prevenção, mesmo apresentando um percentual significativo de pessoas infectadas.

As mulheres soropositivas para o HTLV enfrentam sérios obstáculos, especialmente o econômico, uma vez que precisam adquirir leite artificial para alimentar o(a) filho(a), situação que demanda uma boa parcela da renda familiar, o que se torna difícil para pessoas que muitas vezes sobrevivem com menos de um salário mínimo mensal.

Portanto, a infecção pelo vírus HIV e HTLV constitui-se um problema sério de saúde pública (BITEENCOUT; PRIMO; OLIVEIRA, 2006), tornando-se necessário implantar e implementar políticas públicas não somente em relação à transmissão sexual, como também em relação à amamentação (MOXOTO et al., 2007), especialmente, no que concerne a medidas preventivas e de controle, destacando-se a solicitação de sorologia no pré-natal e aconselhamento das soropositivas, fornecendo-se o suporte necessário para que as mulheres possam enfrentar os conflitos que poderão surgir ao se descobrirem portadoras destes vírus durante o ciclo grávido puerperal.

Atualmente na cidade de Salvador, a solicitação de sorologia para o vírus HTLV vem sendo realizada nas unidades de pré-natal, contribuindo, desta forma, para a identificação da mulher soropositiva, e,consequentemente, implementar medidas preventivas da transmissão vertical. No entanto, vale destacar que a cobertura do pré-natal ainda está aquém da desejada.

2.3 O “AVESSO” DA AMAMENTAÇÃO: UM OLHAR PARA A “NÃO-AMAMENTAÇÃO”

O contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV trouxe como consequência a transmissão vertical via amamentação, fazendo com que as mulheres busquem outras formas de alimentar seus filhos. Com isso, elas enfrentam conflitos e dificuldades que perpassam pelos

condicionantes biológicos, sociais, econômicos e culturais, assim como, coloca os profissionais de saúde frente a uma problemática existente e real – o contágio do leite materno por estes vírus, sendo necessário repensar e adotar medidas que apoiem e proporcionem subsídios para que as mulheres encontrem formas de enfrentar as adversidades advindas deste momento.

Diante disso, é preciso tecer um olhar e um cuidado diferenciado para as mulheres soropositivas, no que concerne o promover, proteger e apoiar outra forma para a mulher alimentar o(a) filho(a), que não seja o aleitamento materno e que respeite suas crenças, valores e condições socioeconômicas.

Assim, enquanto profissional de saúde que cuida de mulheres, esta problemática despertou-me inquietações diante de uma situação que precisa ser vista a partir da vivência das mulheres, sejam soropositivas ou soronegativas. Esta problemática vem me sensibilizando e me motivando a direcionar um novo olhar para as mulheres que enfrentam a soropositividade e a não amamentação. Eu, que durante toda minha vida profissional fui defensora do aleitamento materno, sinto-me instigada a buscar as representações sociais expressas nos sentidos e significados que as mulheres atribuem ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV.

Das muitas inquietações que surgiram com o despertar da possibilidade de contágio do leite materno, algumas se tornaram mais significativas. Interrogamos se:

- As mulheres acreditam que podem transmitir doenças por meio do leite materno? Elas pensam que podem transmitir os vírus HIV e HTLV para seus filhos por meio do leite materno? Como elas estão vivenciando o contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV?
- Quais os significados que elas atribuem ao leite materno e ao leite materno contaminado pelos vírus HIV e HTLV?
- Como se sentem essas mulheres diante da impossibilidade de amamentarem seus(suas) filhos(as), mesmo sabendo da qualidade e importância do leite materno?
- Como as mulheres soropositivas justificam socialmente a não amamentação por serem portadoras dos vírus?
- Como as mulheres soropositivas se sentem ao não amamentarem seus(suas) filhos(as) estando numa sociedade que valoriza a maternidade e consideram o aleitamento materno como uma forma de afirmar-se como mulher e mãe?

Portanto, ao estudar a não amamentação a partir do advento da infecção pelo HIV e HTLV tem sido mais um desafio a ser enfrentado por mim como profissional de saúde, que sempre olhei o leite materno como fonte de vida e saúde. É olhar a amamentação pelo avesso, ou seja, enxergar o leite materno como fonte de contágio, que pode levar ao adoecimento e morte da criança, e que vem despertando nas mulheres sentimentos de impotência diante da impossibilidade de alimentar seu(sua) filho(a) com leite materno, uma vez que a amamentação possui uma construção social e cultural fortes, sendo vista como compromisso e obrigatoriedade que deve ser seguida a risca pelas mulheres.

Acredito que os aspectos subjetivos que permeiam a prática do aleitamento materno e a transmissão da mãe para filho(a) dos vírus HIV e HTLV por meio da amamentação tem sido pouco explorados. A única medida de prevenção conhecida é a suspensão da amamentação; estas mulheres são tão somente orientadas quanto a não amamentação, sendo-lhes disponibilizado o leite artificial (somente para as portadoras do HIV/aids) para que alimente sua criança durante os primeiros seis meses de vida, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007). E, para as portadoras do HTLV ainda não se tem uma política pública específica, dificultando ainda mais o seu enfrentamento.

Contudo, não é questionado o significado que as mulheres atribuem ao contágio do leite materno, muito menos lhes é fornecido de forma satisfatória o suporte necessário para que possam enfrentar os processos biológicos, sociais, econômicos, psicológicos e culturais que poderão surgir diante da impossibilidade do ato de amamentar, uma vez que mesmo com a existência de manuais do Ministério da Saúde que orientam as condutas necessárias, na prática muitas recomendações ainda não são utilizadas pelos profissionais de saúde, fazendo com que as mulheres tornem-se inseguras na forma correta de alimentar os(as) filhos(as) com outro alimento, bem como no que fazer para enfrentar os processos biológicos e sociais gerados a partir da não amamentação, especialmente, para mulheres que estão vivenciando a maternidade pela primeira vez.

Assim, surgiu como **questões norteadoras** deste estudo: como as mulheres significam e conferem sentido ao contágio do leite materno e ao leite materno contaminado pelos vírus HIV e HTLV? Como as mulheres expressam as atitudes e comportamentos frente ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV quando são expostas a uma situação hipotética?

Desse modo, o estudo tem como base a **tese** de que as RS que as mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV e HTLV constroem sobre a infecção por estes vírus são responsáveis por atitudes de não amamentação frente ao contágio do leite materno.

Para tanto, o presente estudo teve como **objetivos**:

- Apreender as atribuições de sentidos das representações sociais de mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV e HTLV referentes ao contágio do leite materno.
- Analisar os conteúdos das representações sociais de mulheres soronegativas e soropositivas sobre o contágio do leite materno e suas implicações na impossibilidade de amamentação de seus(suas) filhos(as).
- Identificar atitudes e comportamentos expressos pelas mulheres frente ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV quando expostas a uma situação hipotética.

A infecção pelo vírus HIV, desde 1980 vem fazendo parte do cotidiano dos indivíduos, incorporando significados e compondo os contextos sociais no qual eles se encontram inseridos. Esses significados são resultantes da interação entre o senso comum e o conhecimento científico, no qual existe uma relação de influência mútua e permanente entre estes dois universos – o consensual e reificado, resultando numa diversidade de significados que circulam, através dos meios de comunicação formais e informais, assimilados e reelaborados socialmente.

Esta construção de conhecimento sobre o sentido e o significado que as mulheres atribuem ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV e suas implicações na impossibilidade de amamentação de seus(suas) filhos(as) tem se constituído em um importante passo para repensar e empreender cuidados individualizados e humanizados, que levem em consideração não somente os fatores biológicos, mas, sobretudo, os socioculturais.

Acredito que devido a incipiência de estudos que abordam esta temática, apreender os sentidos e significados do contágio do leite materno para mulheres soronegativas e soropositivas para o HIV e para o HTLV se constituirá de grande relevância para a comunidade científica e não científica, o que possibilitará um repensar nas políticas públicas e nos modos de cuidar que possam dar suporte às mulheres que enfrentam a impossibilidade de amamentarem seus filhos.

Portanto, “a busca de significados para apreensão e apropriação da realidade é uma atividade que permite não só articular conteúdos extraídos das situações vivenciadas, mas também uma maneira de subjetivar a realidade fazendo-a instituinte além de instituída” (BARROS; SANTOS, 1999, p. 5). E, tem sido a partir das vivências e experiências das mulheres com a soropositividade e não amamentação que esta realidade vem sendo aflorada e objetivada através de suas representações sobre o contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV, como afirmam as autoras:

A singularização dos fatos sociais expressos na significação do vivido diferencia os homens e particulariza cada um de nós enquanto atores sociais. Contudo, essa singularidade é tecida no contexto social onde papéis, expectativas e pressuposições são os mediadores na constituição da subjetividade. É uma subjetividade compartilhada, cujo diálogo se dá na intersubjetividade (BARROS; SANTOS, 1999, p.5).

Assim, foi no contexto vivenciado pelas mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV e HTLV e a partir de informações e formas de interpretações feitas por elas da realidade cotidiana, que a busca dos significados advindos do senso comum revelou o mundo concreto vivenciado por elas que precisam conviver como portadoras dos vírus HIV e HTLV e que, quando nutrizes, se deparam com a impossibilidade de amamentar como forma de prevenção da transmissão dos vírus para os seus filhos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

*Evitamos muitos erros quando
temos a humildade de aprender
da experiência dos outros.*
Frei Anselmo Fracasso

Para abordar as questões referentes a fenômenos complexos – amamentação e não-amamentação, transmissão vertical, contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV, um passeio pela história foi de extrema necessidade, a fim de que pudéssemos visualizar como foram construídos ao longo dos anos crenças, valores e significados existentes no mundo social e que influenciaram e influenciam comportamentos individuais, ao serem construídos nos grupos, especialmente no grupo de pertença de mulheres que constantemente vem se deparando com o fenômeno da infecção pelos vírus HIV e HTLV, conseqüentemente, com o contágio do leite materno e se veem impossibilitadas de amamentarem seus(suas) filhos(as).

Assim, busco num primeiro momento retratar a construção social da amamentação e em seguida a construção social sobre o surgimento do HIV e HTLV, bem como as conseqüências provocadas por esses vírus, tanto biológico, como sociocultural para os indivíduos, tendo como base estudos que discutem e analisam a temática em foco.

3.1 CONSTRUÇÃO SOCIAL DA AMAMENTAÇÃO

Ao revisitar os fatos históricos que permeiam o processo de amamentação ao longo dos anos, percebem-se as influências de valores, crenças, tabus, ideologias, modismos e interesses, o que tem possibilitado períodos de incentivo e desestímulo a essa prática, criando uma constante incerteza na posição a ser tomada pelas mulheres, pelos profissionais de saúde e toda a sociedade, demonstrando que o aleitamento materno, em sua construção social, tem passado por transformações através dos tempos.

No Brasil, a prática da amamentação era vista como algo natural. As índias alimentavam seus(suas) filhos(as) por longos anos. O desmame e a descrença no poder da amamentação começou a partir da incorporação de um modelo de regime europeu, onde o amor materno era ignorado, o amamentar era algo indigno para uma dama da sociedade européia, tarefa que era relegada às amas-de-leite (BADINTHER, 1985; ALMEIDA, 1999; HAMES, 2001).

É a partir do século XIX que a maternidade começa a ser valorizada pela mulher brasileira burguesa, momento em que a sociedade sofreu uma série de transformações advindas do desenvolvimento do capitalismo, de uma vida urbana que oferecia novas alternativas de convivência social e da ascensão da burguesia, levando a uma reorganização da vida familiar e doméstica, do tempo e das atividades femininas, interferindo no cotidiano das mulheres modificando assim, seu pensar sobre o amor materno. Assim, nasce uma nova mulher nas relações familiares, agora marcada pela valorização da intimidade e da maternidade (D'INCÃO, 2006).

É no final do século XIX, com o surgimento do movimento higienista que a mulher assumiu o papel de mediadora entre os(as) filhos(as) e o Estado. Momento em que foi reconstruído o ciclo grávido-puerperal, usando a maternidade e a amamentação como algo natural, instintiva, e vital para a sobrevivência dos(as) filhos(as). A alimentação, as condições ambientais e o comportamento humano passaram a se configurar em objetos de preocupação médica, na busca de soluções para problemas como a mortalidade infantil (ALMEIDA, 1999). A partir de então, o discurso dos médicos higienistas passou a enfatizar o aleitamento materno como direito da criança e dever da mulher, redefinindo, assim, o papel feminino na sociedade burguesa.

O movimento higienista, ao contemplar somente os condicionantes biológicos, além de tornar a mulher dependente do saber profissional, ainda a responsabiliza pela saúde do seu(sua) filho(a), valendo-se para isso da amamentação. A medicina determinou que a mulher deveria voltar a amamentar, mas não a ensinou como fazer, nem como ela deveria enfrentar os conflitos que a amamentação poderia trazer. A mulher historicamente desconhecia o processo de amamentação e, quando não conseguia amamentar com sucesso, iniciava o processo de culpabilidade (SILVA, 1990).

Nessa construção social, a amamentação traz para a mulher compromisso, obrigatoriedade e uma cobrança social muito intensa para que ela amamente e quando o desmame ocorre, ela é culpabilizada por tal processo. Como sempre assumiu a responsabilidade pelos cuidados com os(as) filhos(as), especialmente, o de alimentá-los, encontra-se sem apoio do companheiro, que muitas vezes, pelos papéis sociais construídos não participa do processo de amamentação.

A representação da mulher ideal no século XIX, e que perdurou até quase metade do século XX, compreendia uma mistura de imagens que englobavam a mãe piedosa da Igreja, a mãe-educadora do Estado positivista, a esposa-companheira do aparato médico-higienista (JAVORSKI, 2006).

Com o saber médico permeando a vida privada das famílias, através da puericultura, ocorreu a medicalização do ato de amamentar e o aleitamento materno deixou de ser ato natural, pertencente ao saber feminino e não mais é dado sob livre demanda (JAVORSKI, 2006).

Ao estimular a rigidez dos horários, duração das mamadas e do período ideal para o desmame, a puericultura estava responsabilizando a mulher pela saúde física e moral dos(as) filhos(as). Ao enfatizar a coesão familiar trazia embutida a ideologia do controle não só da criança, mas também do corpo da mulher e do controle do tempo livre em casa, fazendo-a concorrer com o homem no mercado de trabalho (COSTA, 2004).

Ademais, as elites brasileiras preocupavam-se com a formação do novo trabalhador brasileiro, disciplinado para produzir mais para o capitalismo e alguns teóricos da época condenaram o trabalho feminino fora do lar, o que para eles trariam prejuízos para o crescimento e desenvolvimento das crianças, uma vez que cresceriam longe de suas mães, redefinindo assim o lar como espaço privado como lugar da mulher (RAGO, 2006).

As normas e a moral higiênica ditadas pelos médicos e pedagogos ajudaram a moldar a família burguesa e a disciplinar a família pobre, ao ditarem normas e regras de comportamento alimentar, vestuário, exercícios físicos das crianças e até sexualidade dos pais, deixando claro que o aleitamento materno pela mãe biológica passa a ser definição no espaço feminino de atuação. Isto serviu à ideologia do Estado, normatizaram a família, além de diminuir a morbimortalidade infantil. Neste momento, o aleitamento materno passa a ser estimulado e valorizado, uma vez que contribuía para a sobrevivência infantil e transformaria as crianças em adultos robustos e sadios capazes de gerar riqueza para o Estado Brasileiro (JAVORSKI, 2006).

Apesar dos esforços empreendidos para valorizar a amamentação natural, foi notório o seu declínio, com início na Europa, no final do século XIX, coincidindo com a Revolução Industrial, sendo intensificado no século XX, após a Segunda Guerra Mundial.

Almeida (1999) destaca que o surgimento da mamadeira e das fórmulas industrializadas e as transformações sociais e econômicas que levaram as mulheres a se inserir no mercado de trabalho e a duplicar o papel feminino de mãe/mulher/nutriz e trabalhadora contribuíram para reduzir, ainda mais, o aleitamento materno. Segundo Javorski (2006) este foi um momento em que os médicos, cederam à propaganda das multinacionais e iniciaram a prescrição de leite em pó nas maternidades.

A prática do aleitamento artificial influenciou as altas taxas de mortalidade infantil prejudicando a qualidade de vida das crianças, principalmente no terceiro mundo, onde as

famílias vivem em condições de miséria, que além de não terem condições econômicas para adquirir o leite artificial em quantidades suficientes para alimentar a criança, ainda não possuíam saneamento básico e água potável para o preparo adequado das mamadeiras, levando a um aumento da morbimortalidade infantil, com o elevado índice de diarreia e da desnutrição (JAVORSKI, 2006).

Essas mudanças contribuíram para o decréscimo da prática do aleitamento materno, e no Brasil teve sua marca na década de 40, chegando ao seu apogeu na década de 70. Passou pela utilização das amas de leite, até chegar à utilização da mamadeira, veículo que acelerou o processo do desmame (SILVA, 1990).

As propagandas e divulgação dos substitutos do leite materno pelas multinacionais contribuíram para incentivar mudanças de hábitos, do aleitamento natural para o artificial, na medida em que a população acolhia as informações sobre a utilização do leite artificial, levando inclusive os profissionais de saúde a indicarem seus produtos, utilizando-se muitas vezes de agentes vestidas de enfermeiras como instrumento de marketing, distribuindo panfletos de orientações e amostra grátis de leite artificial em maternidades e domicílios (VINHA; SCOCHI, 1989).

Em 1974 foi publicado o livro “*The Baby Killer*”, denunciando que o *marketing* das multinacionais sobre os leites artificiais elevava os índices de morbimortalidade infantil em populações da África, Ásia e América Central, o que motivou a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) a iniciarem uma mobilização em todo o mundo com o objetivo de resgatar o valor da amamentação (BRASIL, 1991).

A década de 70 do século XX é marcada pelo início da mobilização em prol do resgate da amamentação exclusiva até aos quatro e aos seis meses de vida, continuando esse processo por dois anos de idade, com complemento de outros alimentos (BRASIL, 1991). Para reforçar essa iniciativa, em 1974, ocorreu a consolidação do Programa Materno Infantil e, posteriormente, em 1981, do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno.

A mobilização social em defesa da amamentação é intensificada na década de 80 do século passado. O meio científico já começa a discutir a superioridade do leite materno e divulgar tal fato ao público em geral, em veículos de comunicação de massa. É criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNAIM –, com mecanismos interinstitucionais e perspectivas de atuação multisetorial, desencadeado um movimento de valorização da prática da amamentação na sociedade brasileira (ALMEIDA, 1999).

Este contexto social é marcado por uma profunda crise social e pelo processo de redemocratização do país, momento em que surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança – PAISMC –, subdividido em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM – e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança – PAISC –, tendo como eixo norteador a Conferência de Alma-Ata, que preconizava “saúde para todos no ano 2000”, utilizando-se de tecnologia simplificada e de cuidados primários de saúde (JAVORSKI, 2006).

A década de 90 do século XX foi marcada pela incorporação do significado de proteção e apoio ao aleitamento materno, tendo como marco a implantação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC –, trazendo novo fôlego para o aleitamento materno no circuito das políticas públicas, o qual propunha rotinas hospitalares facilitadoras do aleitamento materno em nível hospitalar (ALMEIDA, 1999).

No Brasil, ainda nessa década, surgiu uma proposta da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação – IUBAA –, a qual tem por objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através da mobilização das unidades básicas de saúde (OLIVEIRA, 2004), fechando o ciclo para promoção, proteção e apoio à amamentação, uma vez que envolve não só os hospitais, mas também as unidades básicas de saúde, as quais continuarão a oferecer apoio às nutrizes de forma sistematizada, ao se basear nos 10 passos comprovados cientificamente (TEIXEIRA, 2005).

Neste sentido, Almeida (1999, p. 49) ressalta que

ao se focalizar a amamentação com as lentes da relação promoção, proteção e apoio, tornam-se visíveis os contornos que a caracterizam como um fato social, cuja historicidade revela o equívoco das formulações políticas que a contemplaram como uma prática natural e possível de resgate.

Esta nova forma de pensar a amamentação é mais abrangente, exigindo que se estabeleça um novo foco sobre a mulher, abandonado a sinonímia de mãe-nutriz, responsável pelo êxito da amamentação ou culpabilizada pelo seu insucesso. Há necessidade de se criar um novo modelo que compatibilize os determinantes biológicos com os condicionantes socioculturais, os quais poderão configurar a amamentação como uma categoria híbrida entre a natureza e a cultura (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Todos os programas e ações em prol da amamentação, embora importantes, não garantem o sucesso da amamentação se não levarem em consideração a postura e a capacitação técnica dos profissionais. Além disso, faz-se necessário inserir a família nesse processo de sensibilização sobre a amamentação, incluindo nas práticas assistenciais os

determinantes socioculturais e a perspectiva da mulher, mãe e nutriz, que está vivenciando esse processo (JAVORSKI, 2006; TEIXEIRA, 2005).

Embora o ato de amamentar seja considerado de responsabilidade de todos e não apenas da mulher que amamenta, essa ainda continua sendo culpabilizada e responsabilizada pelo insucesso da amamentação. Todavia, o sucesso da amamentação é sempre colocado como dependente da mulher. Apesar de ser a mulher quem decide se quer ou não amamentar, ela e seus familiares enfrentam problemas durante essa prática, resultando quase sempre no desmame precoce (TEIXEIRA, 2005).

As mulheres continuam a enfrentar dificuldades durante o processo de amamentação, as quais são omitidas, prevalecendo o enfoque da visão romantizada do ato de amamentar, valorizando muito mais os aspectos biológicos e algumas intercorrências mamárias, a exemplo, das fissuras mamilares e do ingurgitamento mamário.

Além dessas questões, é preciso compreender o sentido que a mulher confere ao ato de amamentar e ao desmame precoce, fatores estes que continuam influenciando o processo de amamentar e que estão relacionados ao contexto sociocultural da mulher, considerados amplos e complexos e que não dependem nem dos profissionais (JAVORSKI, 2006) nem dos familiares, mas, exclusivamente, da mulher.

Almeida (1997) vem corroborar com este argumento, ao abordar que vem se valorizando muito mais os fatores fisiológicos e econômicos do que os sentimentos, os pensamentos e a fala da mulher que amamentou ou desmamou e que também não têm sido analisadas as pressões ideológicas e as representações sociais que as têm conduzido a conflitos entre os papéis de mãe e profissional.

O que se vê é que o aleitamento materno se transformou em uma nova arma contra a desnutrição. À mulher que possui melhores condições sociais é permitido que opte pelo aleitamento artificial, a sua decisão é respeitada e até tolerada; todavia para a mulher pobre isso não é permitido, pelo contrário, na prática assistencial ela é responsabilizada pela ignorância sobre as técnicas de amamentação, pelo desmame, pelo erro no preparo das formas lácteas e, conseqüentemente, pela diarreia e pela desnutrição de seus(suas) filhos(as) (JAVORSKI, 2006).

Apesar da importância do aleitamento materno para a saúde da mulher e da criança e das vantagens que este ato proporciona para a família, para a comunidade, para a sociedade e para o planeta, não podemos nos esquecer de contemplar as especificidades da mulher, tais como as condições de vida, de trabalho e a estrutura familiar.

Em relação às condições de vida, um fato social marca a década de 80 do século passado e envolve não somente os condicionantes biológicos, mas, sobretudo, o social, o cultural, o econômico e o espiritual – a chamada pandemia do HIV/aids, que mobilizou a população, os(as) pesquisadores(ras), estudiosos e governos do mundo inteiro (SANTOS, 2004) –, uma vez que esta infecção, por ser transmitida via vertical, traz consigo a orientação quanto à não-amamentação.

Situação diferente se deu com o vírus HTLV, que embora descoberto antes do vírus HIV, continua circunscrito aos laboratórios de pesquisa e aos centros de tratamento e ausentes do imaginário popular e, por ser transmitido via vertical, também impossibilita a mulher de amamentar. Assim, os pesquisadores, formuladores de política de saúde e autoridades sanitárias mundiais tem demonstrado preocupação com a pandemia da infecção do HIV/aids e sua relação com a amamentação, devido à transmissão vertical da mãe para a criança (SANTOS, 2004). Entretanto, a infecção pelo HTLV ainda permanece silenciosa e esquecida pelas autoridades governamentais, especialmente a brasileira, uma vez que não se tem uma política específica de prevenção e controle para este vírus.

Portanto, a amamentação considerada como fonte de vida e saúde, também pode ser vista como fonte de adoecimento e morte, uma vez que as crianças podem ser contaminadas por meio do leite materno, caso suas mães sejam portadoras do vírus HIV e/ou HTLV. Tais infecções poderão ser evitadas caso medidas preventivas sejam tomadas, especialmente com o uso de antiretrovirais e suspensão da amamentação impedindo que crianças venham a se contaminar, adoecer e até morrer. Porém, tal situação vem despertando nas mulheres sentimentos de culpa, incerteza e tristeza, pois, em vez de ser fonte de nutrição, papel para a qual foi educada, tornou-se veículo de contágio e de risco para seu(sua) filho(a).

3.2 CONSTRUÇÃO SOCIAL DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

A década de 80 do século XX foi marcada pelo surgimento de uma doença grave e contagiosa a qual destruía o sistema imunológico das pessoas que eram acometidas, levando-as quase sempre à morte. Essa pandemia se configurou como um dos maiores desafios da humanidade e despertou os interesses de pesquisadores, clínicos, estudiosos e da sociedade em geral e, imediatamente, investimentos tecnológicos e científicos foram empreendidos com intuito de desvendar tal doença. Nessa mesma década, já se sabia que ela era causada por um vírus, o HIV e que provocava uma doença: a AIDS. Identificou-se ainda vias de transmissão,

testes para diagnósticos, pessoas que estavam mais susceptíveis, testes terapêuticos e as primeiras medidas preventivas (PAIVA, 2000; SANTOS, 2004).

Inicialmente, as pessoas infectadas tinham características semelhantes: eram jovens, homens e usuários de drogas endovenosas, porém foi se alastrando para outros segmentos populacionais, como bissexuais, hemofílicos, parceiros heterossexuais de portadores de HIV e receptores de sangue e hemoderivados, estes denominados grupos de risco.

O HIV/aids atingiu todos os continentes sendo disseminado em proporções geométricas, sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política, deixando de ser doença de grupos de risco, para ser associada a comportamento de risco, o que torna toda pessoa potencialmente vulnerável à sua aquisição, levando a adotar medidas preventivas para poder diminuir a disseminação do vírus.

A doença que antes incidia principalmente entre os homossexuais masculinos, mudou o seu perfil ao atingir mulheres, jovens e idosos(as), o que vem caracterizando as principais tendências: heterossexualização, feminização, juventudilização e envelhecimento, além disso, ainda, traz como característica a interiorização da doença (SILVA; PAIVA, 2006).

Um dos fatores que facilita a disseminação do vírus é a vulnerabilidade em que as pessoas se encontram, conceito este vastamente utilizado nos dias atuais. A vulnerabilidade é vista como “conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural, cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional, frente a uma determinada doença, condição ou dano” (BRASIL, 2005, p. 47).

Quando se fala em vulnerabilidade, está se identificando as situações em que as pessoas correm maior ou menor risco de se exporem a determinadas doenças, ao mesmo tempo em que se procura fornecer informações de forma que as pessoas percebam se tem maior ou menor risco de se infectar. A falta de acesso às ações e serviços de saúde e educação são fatores que ampliam a vulnerabilidade. Outros fatores como idade, gênero, condições de vida, escolaridade, acesso aos meios de informações, entre outros, também estão entre aqueles que têm influência tanto no comportamento quanto na vulnerabilidade (BRASIL, 2005).

No final da década de 80 do século XX, a frequência do número de casos de aids entre as mulheres aumentou de maneira considerável quando a transmissão heterossexual passou a ser a principal via. De 1980 até junho de 2008 foram identificados 333.485 casos de aids no sexo masculino e 172.995 no sexo feminino, observando-se que a razão de sexo (M:F) passou de 15,1:1, em 1986, para 1,5:1, em 2006 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2008).

Praça (2007) relata que, ao longo de duas décadas, os dados epidemiológicos da aids mostraram que o envolvimento da mulher na cadeia de transmissão do HIV tendeu para o

crescimento, embora no Brasil, a mulher tenha recebido atenção a partir da segunda metade da década de 1990.

A feminização da aids é um reflexo do comportamento sócio-sexual da população, associado a aspectos de vulnerabilidade biológica e de gênero. Entre os indivíduos com mais de 8 anos de escolaridade, observa-se que diminuem os casos do sexo masculino, o mesmo não acontecendo com igual intensidade no sexo feminino. A mulher considera-se menos exposta ao risco, talvez pela sua entrada mais tardia na dinâmica da epidemia, não se enquadrando nos, inicialmente, “grupos de risco” (BRASIL, 2003, p. 11).

O aumento da transmissão heterossexual trouxe como consequência o aumento substancial dos casos em mulheres, e no Brasil, foi considerado o mais importante fenômeno da epidemia – a feminização. Devido à pequena atenção dada a esses fatores por parte dos responsáveis pelas respostas dos programas e pelas intervenções, as mulheres ficaram excluídas das campanhas educativas e das metas governamentais de assistência à saúde e com a falta de controle e de medidas preventivas para a população feminina, o que pode ser evidenciado com o aumento da disseminação da aids entre mulheres, especialmente entre as idades de 25 a 34 anos (BRASIL, 2003), trazendo como consequência a transmissão vertical.

Consolida-se assim, um novo dado epidemiológico: a contaminação das crianças via materna, tornando-as também vulneráveis à doença como consequência da transmissão vertical que se tornou responsável pela quase totalidade de casos de aids em menores de 14 anos de idade (BRASIL, 2003).

O primeiro caso de transmissão vertical, no Brasil, foi registrado em 1985, no Estado de São Paulo. Atualmente na América Latina, estima-se que de 1,7 milhões de adultos infectados com HIV 36% sejam mulheres. O Brasil apresenta cifras parecidas, pois dos aproximadamente 600 mil, as mulheres representam 37% tendo como consequência o aumento do número de crianças infectadas pela transmissão vertical (PRAÇA, 2007). No entanto, existem medidas eficientes que podem modificar esses números: a realização de testes durante a gravidez e parto, medicação profilática na gravidez e no parto e a suspensão da amamentação (BRASIL, 2007).

A realização dos testes para detectar a presença do vírus é de suma importância e devem ser realizados no pré-natal, e caso a mulher esteja infectada pelo vírus, faz-se necessário a administração da Zidovudina, medicação que reduz a transmissão vertical do HIV em 67,5% quando usado durante a gestação, trabalho de parto e parto e pelos recém-nascidos que devem ser alimentados exclusivamente com fórmula infantil (BRASIL, 2003).

Entretanto, segundo o Ministério da Saúde é alarmante reconhecer que a comprovada eficiência das medidas de prevenção à transmissão do HIV da mãe para o filho tem sido insuficiente para impedir que mais de 90% dos casos de aids em menores de 13 anos tenha como causa a transmissão vertical. Com base nessa informação, o Ministério da Saúde criou o Projeto Nascer com o objetivo de diminuir a transmissão vertical do HIV, a morbimortalidade causada pela sífilis congênita e melhorar a qualidade da assistência perinatal (BRASIL, 2003).

Apesar de ser inquestionável a importância desse projeto na prevenção da transmissão vertical, Praça (2007) afirma ser comum nas maternidades encontrar mulheres em trabalho de parto que não apresentam resultados do teste anti-HIV, ainda que tenham sido testadas no pré-natal. Além disso, destaca também a ocorrência de mulheres que não realizaram o pré-natal, ou que não foram testadas, indicando a necessidade de submeter a parturiente ao teste rápido, como uma medida preventiva de valor na transmissão vertical durante o trabalho de parto, parto e amamentação.

Assim, a mulher que não foi testada para o HIV/aids no pré-natal, deverá ser submetida ao teste rápido no período do parto e, se confirmado sua soropositividade, deve-se realizar procedimentos para inibição da lactação no puerpério com medidas mecânicas ou medicamentos e oferecimento de fórmula infantil para alimentação do lactente, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003; 2007).

Se por um lado, a gravidez e a maternidade refletem expectativas sociais e culturais muito amplas e surgem no imaginário social ligadas à saúde, à vida, à felicidade, à continuidade da vida, da família e da espécie, por outro lado, o advento da aids traz a preocupação com a geração de uma criança, uma vez que a aids surge no imaginário social ligada à morte, à terminalidade da vida, à desesperança, à tristeza, à dor e ao sofrimento (PAIVA, 2000).

A amamentação, por sua vez, como a contribuição final ao ciclo gestacional e puerperal, tem significado para as mulheres um dos momentos em que melhor identifica sua afirmação como mulher e mãe, por ser não só uma forma de nutrir a criança biologicamente, mas também, emocionalmente pelos laços afetivos que esse processo desenvolve.

Nesse sentido, o não amamentar para prevenir a transmissão vertical do HIV, além de privar a mulher e a criança dos benefícios que este ato proporciona, também desperta nas mulheres sentimentos que vão desde medo, angústia ao sofrimento por não poder oferecer a seu(sua) filho(a) o alimento indicado como ideal.

Acrescido a isso, Praça (2007, p. 165) relata que

para muitas mulheres, é natural a mãe cuidar do filho, mas quando o resultado do cuidado não é esperado ou quando a mãe fracassa ao cumprir esse papel, tal situação pode gerar um sentimento de opressão. O medo, a culpa e a ansiedade estão sempre presentes. Ser a transmissora potencial do HIV para seu filho, enfrentar um longo e apavorante período de incertezas antes de saber se a criança está infectada ou não são situações de agonia para a mulher soropositiva.

No entanto, a confirmação da não soropositividade dos(as) filhos(as) traz para a mulher alívio e contentamento por não ter sido fonte de contaminação. Assim, nesse momento, o não amamentar é visto como forma de prevenção da infecção e um ato de amor da mãe para com seu(sua) filho(a).

Paiva (2000, p. 128) por sua vez identificou que a

vivência da gravidez reforçando a concepção idealizada da maternidade, muito mais valorizada que a soropositividade, chegando a superá-la através da resignificação da doença, das suas consequências e, o conhecimento sobre a aids como uma das formas para o seu enfrentamento. Observa-se ainda, que a articulação entre gravidez e soropositividade contribuiu para aderência ao tratamento e para a adoção de medidas preventivas relativas ao agravamento das condições de saúde-doença das gestantes e dos conceptos.

Assim, as mulheres soropositivas para o HIV apresentam-se para as consultas, seguem todo tratamento instituído, inclusive a não-amamentação, para impedir que o(a) filho(a) seja contaminado pelo vírus.

O estado de ser mãe transforma a maternidade em um período significativo, e ao que parece, a gravidez tem sido um forte determinante para que as gestantes HIV positivas não percam o sentido de viver, receber o(a) recém-nascido(a) fortalece sua vontade de continuar viva, porém o leite materno garante um risco letal para a criança, o que as leva a não amamentá-lo, embora essa condição gere mal-estar entre as mulheres HIV positivas. O dilema se apresenta, pois mesmo reconhecendo os riscos de contaminação pelo leite, elas sabem que o leite materno é o ideal para a criança (PRAÇA, 2007). No entanto, a maioria delas, sente-se aliviada por não transmitir o vírus para seus(suas) filhos(as).

3.3 CONSTRUÇÃO SOCIAL SOBRE O VÍRUS HTLV

Os primeiros retrovírus humanos descobertos e descritos a infectar mamíferos foram os vírus T- linfotrópicos humanos, tipo 1 (HTLV-I) e tipo 2 (HTLV-II). Eles apresentam tropismo para o linfócito T e pertencem à família Oncoviridae da família Retroviridae e podem transformar linfócitos humanos que podem se auto-sustentar *in vitro*. São

distantemente relacionados aos vírus de imunodeficiência humana (HIV-1 e HIV-2), que pertencem à subfamília Lentivírus dos Retrovírus (CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS, 1993; FERNANDES; SILVA, 2003; BRASIL, 2006).

Foi possível identificar pessoas infectadas pelo HTLV-I/II a partir da triagem do vírus realizada em bancos de sangue, nos Estados Unidos (1988), quando a Administração de Drogas e Alimentos (FDA) recomendou que em toda doação de sangue fosse realizada triagem sorológica para esses vírus. Já no Brasil, somente em 1993, foi possível identificar pessoas por ele infectadas (CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS, 1993).

Catalan-Soares, Carneiro-Proietti e Proietti (s/d) relataram que não há consenso sobre a origem do HTLV-I/II. Alguns autores têm sugerido que a infecção em humanos se originou na África e foi levada para América do Sul e para as ilhas do Caribe pelo tráfico de escravos, e para o Japão pela tripulação africana dos navios portugueses nos séculos XVI e XVII. Outros advogam a presença do vírus na população ameríndia nativa, que teria migrado da Ásia em tempos pré-colombianos. Porém, no caso específico do Brasil também precisa ser considerada a imigração japonesa no início do século XX.

Diferente do HIV, que destrói as defesas do organismo e causa a aids, o HTLV multiplica as células de defesa. Essa superprodução pode se transformar em câncer ou outras doenças, mas está relacionado a um tipo de leucemia existente no Japão e mais raro no Brasil – a leucemia/linfoma de células T do adulto e à paraparesia espástica tropical. O tratamento não elimina o vírus do organismo, mas melhora a qualidade de vida dos pacientes (DIÁRIO OFICIAL DE PORTO ALEGRE, 2005).

O vírus pode levar mais de 80 anos para se manifestar e seu portador não tem risco de morte aumentado, exceto em circunstâncias especiais. O HTLV é menos contagioso que o HIV e os vírus da hepatite B e C. Enquanto 98% dos que têm HIV terão aids, cerca de 30% dos portadores do vírus da hepatite C desenvolvem hepatite ou cirrose, e o HTLV oferece risco inferior a 5% de o portador desenvolver doenças a ele associado (DIÁRIO OFICIAL DE PORTO ALEGRE, 2005).

A prevalência do HTLV aumenta com a idade, é superior nas mulheres e a transmissão sexual é mais eficiente de homens para mulheres. Segundo Fernandes; Silva (2003) esse fato foi confirmado em um estudo realizado no Japão com casais, cujo resultado demonstrou a eficiência da transmissão de homens para mulheres em 61%, comparado a menos de 1% de mulheres para homens.

A larga distribuição de HTLV no mundo, e o fato da infecção pelo HTLV estar difundida em populações que aparentemente não tem nenhuma inter-relação fez com que

alguns epidemiologistas concluíssem que este vírus está infectando seres humanos há muito mais tempo que o HIV (BRASIL, 2006).

Os vírus HTLV-I/II são transmitidos por via sexual, pela transfusão sanguínea, pela partilha de agulhas contaminadas ou durante a amamentação, principal via de transmissão da mãe para o(a) filho(a) (FERNANDES; SILVA, 2003; BITTENCOURT, 1998).

Foi realizado em Belém/PA um estudo com o objetivo de detectar a prevalência de anticorpos para HTLV em 167 recém-nascidos com idade inferior a três meses, sendo identificados 9 soropositivos pelo método imunoenzimático. Entretanto, apenas 1(um) foi confirmado pelo método de Western Blot (WB), sendo que este único recém-nascido reativo pelo WB era do sexo feminino, com idade de 58 dias, tendo feito uso de leite materno. As autoras concluíram que uma baixa taxa entre os recém-nascidos reflete uma baixa taxa entre as mães, portanto, sugere que a infecção pelo HTLV não representa problema de saúde pública na região, pelo menos no seguimento populacional estudado e que, dessa forma, as mães não devem ser estimuladas a se abster da amamentação para prevenir uma possível transmissão vertical do HTLV (WANZELLER; LINHARES, 2002).

Em outro estudo realizado por Ishak et al (2001) na Amazônia com índios nativos da aldeia Kararao (Kaypó), utilizando métodos sorológicos e moleculares, para caracterizar e analisar a transmissão do HTLV-II, os pesquisadores identificaram uma reatividade específica em 3/26 indivíduos estudados, sendo que duas amostras eram de uma mãe e seu filho, confirmando a infecção pelo HTLV-II, devido a alta similaridade genética entre as amostras da mãe e do filho. Os autores concluíram que este estudo fornece evidência molecular da transmissão do HTLV-II de mãe para filho(a), um mecanismo que em grande parte é responsável pela endemicidade do HTLV nessas populações epidemiologicamente fechadas e, que, embora a verdadeira via de transmissão seja desconhecida, a amamentação materna poderia ser a mais provável.

Segundo Bittencourt (1998), a principal via de transmissão vertical do HTLV-I é a amamentação, apesar de crianças não amamentadas se tornarem portadoras do vírus, indicando que existem outros meios de transmissão vertical, podendo ser via transplacentária ou no canal de parto. Declara a autora que é preciso que as autoridades sanitárias brasileiras comecem a investigar com maior amplitude este tipo de transmissão do HTLV e que os(as) obstetras possam começar a incluir na sua rotina pré-natal o estudo sorológico para esta infecção em grupos de gestantes.

As infecções por HTLV são diagnosticadas sorologicamente através da pesquisa de anticorpos anti-HTLV-I/II no soro. Os testes atualmente utilizados para o diagnóstico da

infecção pelo HTLV dividem-se em dois grupos: testes de triagem e testes confirmatórios. O teste de triagem mais utilizado é o ensaio imunoenzimático (ELISA), caracteriza-se pela sua alta sensibilidade. No entanto, é necessário confirmar o diagnóstico com a técnica de Western blot, que permite a discriminação entre os tipos I e II do HTLV. A PCR é outro método utilizado para diagnosticar a infecção pelo vírus, e deve ser realizado nas situações em que não é possível nem a confirmação, nem a discriminação com o Western blot. Este teste é bem mais sensível e específico para se identificar o HTLV (FERNANDES; SILVA, 2003; BITTENCOURT; PRIMO; OLIVEIRA, 2006).

A maioria dos indivíduos infectados pelo HTLV permanecem assintomáticos. No entanto, esse vírus pode causar patologias graves, dentre as quais ATL, mieloplastia associada ao HTLV-I/paraparesia espática tropical (HAM/TSP), dermatite infecciosa associada ao HTLV-I (DIH), dentre outras.

A ATL é uma malignidade nos linfócitos T, positivos para o CD4. A sobrevivência média é de 11 meses, a partir do diagnóstico. A quimioterapia convencional não é eficaz, e registram-se recaídas frequentes e de progressão rápida, embora a sobrevivência prolongada tenha sido registrada. A ATL pode afetar 2 a 4% de pessoas em regiões onde o HTLV-I é endêmico e onde a infecção precoce na infância é comum. Ocorre frequentemente, entre pessoas dos 40 aos 60 anos de idade, sugerindo um período de latência de algumas décadas para o desenvolvimento da doença (FERNANDES; SILVA, 2003).

Após a infecção com o HTLV-I, o período de latência é muito longo (cerca de 50 anos), indicando que até o desenvolvimento da ATL são necessários múltiplos passos. Durante o período de latência, acumulam-se mutações genéticas nas células infectadas. Entretanto, a doença se desenvolve em apenas 2 a 4% dos indivíduos infectados com HTLV-I. (BANGHAM et al, 2003; BRASIL, 2006).

Quanto à HAM/TSP, é caracterizada pela fraqueza progressiva dos membros inferiores, perturbações sensoriais e incontinência urinária. Os sinais e sintomas são progressivos, os nervos cranianos não são envolvidos e a função cognitiva não é afetada. A HAM/TSP desenvolve-se em menos de 1% das pessoas com HTLV-I, afetando mais mulheres do que homens. O período de latência para HAM/TSP é mais curto do que para ATL; casos de HAM/TSP foram associados à transfusão de sangue, com um intervalo médio de 3,3 anos entre a transfusão e o desenvolvimento da HAM/TSP (CATALAN-SOARES; PROIETTI; CARNEIRO-PROIETTI, 2001).

A dermatite infecciosa associada ao HTLV (DIH) é uma forma de eczema infectado e recidivante que geralmente inicia-se aos 18 meses de vida e raramente persiste até a vida

adulta. A transmissão é por via vertical sendo mais frequente no sexo feminino. A DIH mostra lesões eritemato-descamativas, infectadas e crostosas no couro cabeludo, pavilhões auriculares, região retroauricular, pescoço, dobras, região inguinal, genitália e varias outras partes do corpo, apresentando prurido menos intenso que o da dermatite atópica. Os pacientes, ainda, podem apresentar lesões nas fossas nasais e/ou rinite e, com frequência, blefaroconjutivite. A DIH pode evoluir para HAM/STM e ATL. Na Bahia, 44% dos casos de ATL diagnosticados tem história de eczema severo na infância, resistente a tratamento e com comprometimento do couro cabeludo (BITTENCOURT; PRIMO; OLIVEIRA, 2006).

Outras doenças ou síndromes, também, foram associadas ao HTLV-I, dentre elas, a polimiosite, artropatia crônica – cuja característica principal é uma oligoartrite crônica, afetando ombros, pulsos e joelhos, panbronquite, uveíte, hipereosinofilia (FERNANDES; SILVA, 2003; BRASIL, 2006).

Com relação ao HTLV-II, sabe-se que é prevalente entre os consumidores de drogas injetáveis nos Estados Unidos e Europa. Em populações indígenas americanas, inclusive entre os índios Guaymi no Panamá, na Flórida e no Novo México esta infecção assume um caráter endêmico (BRASIL, 2004a).

A forma de transmissão do HTLV-II é semelhante a do HTLV-I. O provírus de HTLV-II foi descoberto no leite materno de mães infectadas pelo HTLV-II (VAN DYKE et al, 1995). No Norte do Brasil foi realizado um estudo com índios Kayapós, onde foi detectada uma taxa de 45% de infecção em crianças nascidas de mães soropositivas para o HTLV-II (ISHAK et al, 2001).

A infecção pelo HTLV-II não está claramente associada a qualquer outra doença. Foram relatados alguns casos de doenças neurológicas similares a HAM/TSP e leucemia de linfócitos granulares. Foram também publicados casos de eritrodermatite e infecções bacterianas de pele em pessoas infectadas com HTLV-I e HIV-1 (FERNANDES; SILVA, 2003).

O Ministério da Saúde relata que embora a patogenicidade do HTLV-I pareça ser maior do que a do HTLV-II, este último tem sido isolado ou detectado em pacientes com leucemia linfocítica crônica com neutropenia, leucemia prolinfocítica, linfoma cutâneo, síndrome de Sézary, dermatite esfoliativa, síndrome da fadiga crônica e distúrbios neurodegenerativos súbitos. Entretanto, o exato papel do HTLV-II nestas doenças ainda não está claro (BRASIL, 2004a).

Devido à gravidade destas doenças, urge a necessidade de uma política específica para este vírus, a fim de que possa se realizar uma sensibilização sobre a sua etiogenicidade, uma

vez que ele é desconhecido pela maioria da população. Além disso, ainda se encontram médicos e outros profissionais da área de saúde que não sabem o que é o HTLV, muito menos que pode ser transmitidos via vertical.

Enquanto a pandemia da aids capturou justificadamente a atenção dos cientistas e da população em todo mundo, o HTLV não despertou interesse correspondente, permitindo a manutenção de endemia que causa doenças crônicas, às vezes fatais, para as quais não existe tratamento eficaz (CATALAN-SOARES; CARNEIRO-PROIETTI; PROIETTI, s/d).

O HTLV além de ser pouco conhecido pelos seus portadores, pelos profissionais de saúde e pela população em geral, ainda é, frequentemente, confundido com o vírus HIV, este último infectou inicialmente pessoas conhecidas e influentes no Brasil, dentre ele o Betinho e o Cazusa, o que levou a comunidade científica e a sociedade organizada a liderarem um movimento em prol dos portadores de HIV, o que pressionou o Governo brasileiro a implantar o Programa Brasileiro de HIV/aids. No caso do HTLV, a maior parte dos portadores pertence à classe social de baixa renda (COELHO, 2006), o que não suscitou a mesma inquirição no Governo brasileiro e nem entre a população em geral, permanecendo, desta forma, circunscrito apenas à população portadora deste vírus e à comunidade científica que se debruça sobre este conhecimento.

Desse modo, faz-se necessário e imperioso tangenciar o olhar para esse vírus, que se encontra no meio da população e vem infectando os indivíduos de forma silenciosa, causando muitas vezes doenças graves que poderiam ser evitadas com medidas preventivas simples, dentre elas a não-amamentação; além disso, há necessidade de implantação de medidas de controle e assistência aos portadores do HTLV.

É preciso ainda, empreender esforços políticos coletivos para que seja garantida uma política pública de saúde voltada para a prevenção desse vírus, e que as pessoas já contaminadas sejam atendidas e amparadas, com ações mais proativas e proximais, de forma que assim possam obter melhoria para sua qualidade de vida, e que a disseminação do vírus possa ser prevenida. Para isto é preciso investir em uma política pública semelhante à desenvolvida para atender aos portadores do vírus HIV/aids, ou pelo menos que seja acoplado a este programa, já que as formas de prevenção, transmissão e apoio são semelhantes.

3.4 TRANSMISSÃO VERTICAL DOS VÍRUS HIV E HTLV POR MEIO DA AMAMENTAÇÃO

A transmissão vertical dos vírus HIV e HTLV por meio do leite materno tem sido objeto de estudo para diversos pesquisadores, formuladores de políticas públicas e organizações nacionais e internacionais, dado a preocupação com a infecção por estes vírus organismo dos indivíduos infectados.

Em um estudo desenvolvido na Bélgica, em 1985, foi isolado o vírus HIV no leite materno de três mulheres, sem deixar claro se podia ser transmitido ao recém-nascido. Contudo, em 1988, outro estudo realizado na Austrália indicou que o HIV no leite materno podia ser transmitido por via vertical (BERER; MAY, 1997).

Desta forma, percebe-se que desde o surgimento do primeiro caso de transmissão vertical, vários estudos vêm sendo desenvolvidos a fim de esclarecer os mecanismos de transmissão deste vírus por meio da amamentação, entretanto, apesar de ainda permanecerem pouco compreendidos, já é possível afirmar que existem alguns fatores que afetam a transmissão vertical do HIV por meio da amamentação como a carga viral no leite materno, infecção materna recente com HIV no periparto ou após o parto, gravidade da infecção, duração da amamentação, aleitamento materno exclusivo ou misto, condições das mamas, prematuridade, baixo peso ao nascer e condições da mucosa oral do bebê (BERER; MAY, 1997; UNICEF/UNAIDS/WHO, 1998; SUCCI, 2000; LANA, 2001; BRASIL, 2003, 2007; CAMELO JÚNIOR; FREITAS DA MOTTA, 2004).

A transmissão do HIV por meio do leite materno pode ocorrer em qualquer fase durante a amamentação, mas parece ser mais eficaz nas primeiras semanas do puerpério. O HIV é excretado no leite de mulheres infectadas, assintomáticas ou não, por um período de 18 meses após o parto, tendo como porta de entrada do vírus a mucosa nasofaríngea e gastrointestinal do(da) recém-nascido(a) (VAN DE PERRE, 2000).

O dano no revestimento intestinal da criança pode se constituir em porta de entrada para os vírus, especialmente se as crianças não forem amamentadas de forma exclusiva no peito, ocorrendo aumento da permeabilidade intestinal devido à introdução de outro alimento, ou mesmo água no início da amamentação. Assim, na transmissão do HIV por meio do leite materno, a contaminação pelo vírus se daria quando o mesmo atravessasse os tecidos da boca do recém-nascido e do trato gastrointestinal, podendo ser facilitado pela presença de ferimentos, lesões ou outras inflamações na boca e garganta (BERER; RAY, 1997; ROLLINS et al., 2001).

Segundo Lana (2001), em nutrizes já infectadas, o risco de transmissão por meio do leite materno é baixo, aumentando em caso de infecção materna primária no puerpério, indicando que se a mãe adquire o vírus após o parto e está amamentando, há risco maior de transmissão para a criança, variando numa proporção de 14% a 50%.

Assim, a transmissão vertical do HIV/aids por meio da amamentação pode ocorrer desde aspectos relacionados com a criança (integridade da mucosa oral e intestinal, permeabilidade intestinal) a aspectos relacionados com a mulher (carga viral no leite materno, presença de mastite).

Em relação ao HTLV, estudos comprovaram que cerca de 15% a 20% de crianças amamentadas por mãe soropositivas para o HTLV-I adquirem a infecção. No Japão, após estudos de intervenção, as mulheres portadoras desse vírus têm sido desaconselhadas a amamentar e o índice de infecção viral de crianças caiu de 25% para cerca de 3% em crianças não amamentadas. Essa conduta foi proposta em 1993 e confirmada pelo CDC de Atlanta em 2000 (LANA, 2001; CAMELO JÚNIOR; FREITAS DA MOTTA, 2004).

Segundo Succi (2000, p.170) “a quantidade de células infectadas pelo HTLV-I no sangue periférico é muito pequena quando comparada com a alta proporção de T infectadas no Leite Materno, o que parece justificar o alto risco de transmissão por essa via”, contribuindo para comprovar cientificamente que o aleitamento materno é a principal via de transmissão dos vírus HTLV-I.

A transmissão do HTLV via vertical por meio da amamentação também tem como fator de risco a elevada carga proviral da mãe, assim como altos títulos de anticorpos anti-HTLV. Além disso, o tempo de exposição ao fator de risco é um fator importante na transmissão vertical. As meninas são mais frequentemente afetadas que os meninos, mas não se conhece a razão para tal fato (MARTINS; STANCIOLI, 2006; YHSHINAGA et al, 1995; URETA-VIDAL et al., 1999).

Portanto, é um grande dilema para as mulheres saber o que realmente deve ser feito diante da infecção pelos vírus HIV e HTLV. Amamentar? Ou não amamentar? Cabe aos profissionais de saúde aconselhá-las e apoiá-las para a tomada de decisão e aos governos apoiarem estes profissionais e estas mulheres que precisam estar cientes do risco de contaminação para seus filhos.

A construção social da infecção pelos vírus HIV e HTLV demonstra claramente que a abordagem ou valorização dada a esses vírus tem sido de forma diferenciada, apesar de possuírem o mesmo modo de transmissão e serem consideradas infecções graves que levam os indivíduos a desenvolverem sérias doenças que ainda hoje não têm cura.

Com relação à infecção do HIV é possível constatar que existe uma produção de conhecimento ampla que vem contemplando aspectos clínicos, epidemiológicos, bioquímicos, imunológicos, políticos, econômicos e sociais. No entanto, com relação ao HTLV, apesar de sua gravidade, ainda pouco se fala, apesar de existirem alguns pesquisadores que vêm desenvolvendo estudos referentes a esta infecção, retratando os dados epidemiológicos, de diagnóstico e tratamento de pessoas que já desenvolveram as doenças. No que diz respeito à prevenção, pouco se tem abordado e discutido, especialmente sobre o impacto da infecção durante o processo de amamentação.

Existem vários estudos sobre a transmissão vertical dos vírus HIV e HTLV. No entanto, ainda prevalecem os estudos com abordagens quantitativas e biologicistas, privilegiando mais os aspectos referentes à patogênese da infecção e os epidemiológicos. Além disso, não tem privilegiado os aspectos relacionados à mulher, a qual se encontra mais como coadjuvante, uma vez que a preocupação maior é com a transmissão dos vírus para a criança.

Contudo, foi possível encontrar alguns estudos que abordam os sentimentos e significados apresentados pelas mulheres diante da não-amamentação decorrente do contágio do leite materno, especificamente aquele ocasionado pelo vírus HIV, dentre eles os estudos de Santos (2004), Silva (2005), Moura (2002) e Padoin (2006).

No que se refere ao vírus HTLV, os estudos têm abordado mais os aspectos clínicos e epidemiológicos do que os aspectos subjetivos das mulheres, destacando apenas que a amamentação é a principal via de transmissão do vírus e a necessidade de implantação de uma política específica de prevenção e controle do HTLV. Desta forma, os estudos que abordam a subjetividade das mulheres relacionada à não-amamentação em decorrência do contágio do leite materno encontram-se concentrados apenas para as mulheres portadoras do HIV.

Dentre as temáticas que direcionam um olhar para os aspectos subjetivos, destacam os que abordam os sentimentos e significados da não-amamentação para mulheres HIV positiva: Santos (2004), Paula (2005), Silva (2005), Moreno, Rea e Felipe (2006), Padoin (2006); os relacionados com a prevenção da transmissão vertical pelo HIV e HTLV: Moura (2002), Gomes (2004), Castro (2002), Duarte; Quintana; El Beitune (2005); os referentes a ser mulher e mãe HIV positiva: Pereira e Chaves (1999), Paiva (2000), Hebling (2006) e o cuidado profissional a mulheres soropositivas e a não-amamentação: Coelho (2008).

Essas pesquisas demonstraram a necessidade e importância de se tecer um olhar para a subjetividade das mulheres que enfrentam a impossibilidade de amamentar seus(suas) filhos(as) por serem portadoras de vírus que causam sérios danos ao organismo dos seres

humanos. São doenças que, apesar de a busca de controle sobre elas, ainda não se tem cura, acarretando nos indivíduos sérios problemas de saúde, quando do desenvolvimento de doenças graves como a aids, a leucemia de células T e a paraparesia espástica, dentre outras.

Com relação às temáticas abordadas nos estudos quantitativos, foram encontrados: estudos epidemiológicos e estudos avaliativos de programas de prevenção e medidas de controle, o que demonstra a necessidade de se conhecer os mecanismos de transmissão e prevalência dos vírus, especialmente o HTLV. Estes estudos são de extrema necessidade para a implantação e implementação de medidas preventivas e de controle.

Com relação ao contágio do leite materno por estes vírus, apenas o estudo de Santos (2004) aborda o significado que as mulheres atribuem a tal fato. Assim, para os sujeitos deste estudo, quando a mulher é soropositiva e se encontra em processo de amamentação, elas veem o leite materno como sendo bom e não ao mesmo tempo, porque ele é normal e não é normal, uma vez que carrega o vírus do HIV. Então, o leite, para estas mulheres, é visto como normal porque possui todas as “propriedades nutricionais, biológicas e imunológicas preservadas” (p.236), mas ao mesmo tempo é percebido como “leite impuro, mortal, contaminado, envenenado, impotente, prejudicial, causador de doenças, que transmite o vírus, que pode contaminar o bebê, sem nenhum valor, um leite perdido, prejudicial” (p. 236), dentre outros significados.

Santos (2004, p. 235) ressalta que

No cerne desta contradição, a presença de um elemento estranho, letal e altamente ameaçador, o HIV, demarcando nitidamente sua presença como um elemento, embora à parte, avassalador, mas que ainda assim, não consegue desconstruir o valor biológico do leite humano atribuído pelas mulheres/mães e exaustivamente evidenciado pela literatura científica nos últimos anos.

Um outro estudo que aborda o leite materno como envenenado é o de Fine (2003). No entanto, não é feita nenhuma referência ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV, uma vez que esse estudo foi realizado antes da descoberta destes vírus. A autora descreve situações vivenciadas pelas mães durante o processo de amamentação, no qual as mesmas relatam terem envenenado os filhos com leite materno, sendo que este saber também era compartilhado pelos médicos entre os séculos XIX e XX no Sul da França, tanto nas áreas urbanas quanto nas áreas rurais.

No entanto, nos relatos das mulheres e dos médicos, este envenenamento estava relacionados com situações que as mães vivenciavam como o estar nervosa, contrariada, triste, com medo, com raiva e sensível demais, o que tornava o leite ruim, transformando-o

em leite agüado e que não servia para ser dado ao(a) filho(a), apesar de ser muito leite que jorrava da mama. Assim, mulheres sensíveis que vivenciavam um desgosto poderiam provocar alteração no leite, “transformando-o em veneno” (FINE, 2003, p. 58). Afirma ainda a autora que, além das emoções fortes, outras situações alteram o leite materno: a sensação de calor e frio, as relações sexuais muito frequentes ou excessivamente fogosas e o estar menstruada.

A autora identificou ainda outras circunstâncias capazes de alterar o leite materno: o estar grávida, o recebimento de notícias tristes ou catastróficas, o amamentar estando com sangue quente, dentre outras, é tido como situações em que as mulheres vivenciam e que transforma o leite materno em algo ruim, envenenado e, que pode levar a adoecimento e morte da criança.

No estudo realizado por Brasil (2000) com 15 gestantes soropositivas para o HIV, identificou-se que três delas amamentaram os(as) filhos(as), demonstrando que as crenças e valores se sobrepuseram à possibilidade de infecção pelo HIV. As mesmas citaram como justificativa prática o descrédito no tratamento, fator econômico e a pressão familiar que fizeram com que elas optassem por manter o aleitamento materno. A autora ressalta ainda que a falta de um modelo assistencial que contemple uma assistência integral às mulheres e às suas subjetividades, contribuem para que isso ocorra.

O estudo de Moura (2002) aponta que as mulheres soropositivas para o HIV tinham expectativas como qualquer outra mulher no que se refere à maternidade, tinham dificuldades para viver sendo portadoras do vírus, mas encontravam forças no apoio da família, acreditavam na soronegatividade da criança e consideravam um sacrifício não poderem amamentar seus(suas) filhos(as). Já Almeida-Coelho (2001) identificou a preocupação das gestantes frente à impossibilidade de amamentar seus(suas) filhos(as).

A suspensão da amamentação e a inibição da lactação, por outro lado, tem despertado diversos sentimentos nas mulheres ao se depararem com a impossibilidade de amamentar. Santos (2004), ao desenvolver uma pesquisa com 24 mães soropositivas para o HIV, encontrou como resultado que as mulheres percebem-se como mãezonas, que não fazem mal a ninguém, que nunca imaginaram que poderiam um dia ser soropositivas; que ser privada de amamentar causa dor no coração por querer dar de mamar e não poder dar; que seu leite é normal e não é; que mentir é preciso a fim de esconder a sua condição de mulher soropositiva; que o uso da faixa precisa acabar e para superar a falta do aleitamento as mulheres pretendiam suprir o não amamentar dando mais carinho e mais atenção.

Em outra pesquisa realizada na cidade de Salvador em uma maternidade pública com 22 puérperas internadas em uma unidade de alojamento conjunto, Souza et al (2007) constataram no discurso das mesmas que a amamentação é muito importante para a criança, enfatizando a importância da prática da amamentação para o estabelecimento de laços afetivos entre mãe e filho(a), atingindo o imaginário das mulheres em todas as dimensões possíveis (social, cultural, familiar, econômica e emocional), sendo de fundamental importância a amamentação como afirmação da maternidade, visualizando o corpo da mulher como fonte de alimento.

Tal pesquisa revelou ainda, que no imaginário social das puérperas a amamentação é permeada por mitos, sentimentos de carinho e discriminação diante da não-amamentação por opção da mulher. Quando a mulher decide não amamentar por conta própria ela foi considerada uma mãe irresponsável, sendo culpada por estar privando seu(sua) filho(a) de um alimento considerado de extrema importância. No entanto, quando a puérpera está diante da impossibilidade de amamentar por alguma doença, ela fica isenta de qualquer julgamento de valor, sendo considerada correta por estar protegendo seu(sua) filho(a) de uma doença.

Silva (2005), ao realizar um estudo com 15 mães soropositivas para o HIV, constatou que existe um dilema e um drama das mulheres que se entristecem pela negação do peito, mas que elas compreendem a importância de não amamentar convivendo com a incerteza do futuro, para si e para seus(suas) filhos(as). A tristeza é um sentimento presente, o que significa perceber-se com a dupla condenação de ser HIV positivo e transmitir o vírus para o filho, levando a sentir-se revoltada, com medo e insegura por ela e para seu(sua) filho(a).

Já o estudo de Moreno, Rea e Felipe (2006), realizado com 17 mães soropositivas, demonstrou que a não-amamentação, por ser uma forma de impedir a infecção do bebê pelo HIV, transforma-se em uma forma de eximi-la da culpa, ao obter o perdão da sociedade. No entanto, para as mulheres, os sentimentos de não se considerarem completas e valorizadas como mãe estavam presentes e o vivenciar a não-amamentação implica na reestruturação da relação mãe/bebê, além de trazer preconceitos e discriminação. Outro fato destacado pelas mães do estudo é a conduta de enfaixamento dos seios, sendo esta considerada dolorosa e punitiva, semelhante ao identificado no estudo de Santos (2004).

Parece existir a falta de atenção dos profissionais de saúde aos sentimentos das mães que enfrentam o dilema da não-amamentação, sentimentos estes evidenciados nos discursos das mulheres. Descrever a experiência da impossibilidade de amamentar foi penoso e desgastante, uma vez que estas mulheres não se sentem valorizadas como mães por serem

portadoras do vírus HIV (MORENO; REA; FELIPE, 2006), especialmente quando precisam inventar desculpas para o fato de não estarem amamentando.

Araújo (1992) desenvolveu um estudo no qual constatou que a mulher que amamenta vive uma contradição entre o querer e o poder amamentar, apesar de reconhecerem a importância do leite materno. Identificou ainda a existência de uma construção social influenciada pela mídia, tanto para a mãe como para o(a) filho(a), e neste contexto as mulheres sentem-se perdidas, demonstrando claramente que esses fatores podem determinar suas representações. No entanto, pensam de forma diferente quando podem amamentar, mas não querem e quando querem amamentar, mas não podem – como no caso das soropositivas para os vírus.

Ao estudar os sentimentos expressos pela amamentação, Dias (1997) identificou que as nutrizes experimentaram sentimentos positivos e negativos referentes à amamentação. Dentre os positivos, as mulheres referiram sentirem-se ótimas, renovadas, com vontade de viver, protetoras e provedoras de alimentos para seus(suas) filhos(as), sendo que isso lhes dava a certeza de continuidade de suas vidas, ao mesmo tempo em que se sentiam compromissadas com a saúde de seus filhos. Quanto aos aspectos negativos, foram descritos pelas mulheres: frustração, culpa, medo de ter pouco leite, entre outros. Porém, os sentimentos positivos superaram os negativos, o que contribuiu para que a amamentação fosse estabelecida com sucesso para elas.

Padoin (2005) mostrou que as mulheres soropositivas para o HIV sentem dificuldades, dor e tristeza pela impossibilidade de amamentar; sentem-se sozinhas, escondem a soropositividade e mostram necessidade de ajuda dos familiares, amigos e profissionais de saúde.

Almeida (1997) constatou em seu estudo que as mulheres vivenciam dificuldades, falta de apoio social à maternidade e à amamentação, e que a amamentação sofre influências e mudanças de acordo com o interesse da sociedade. Concluiu que não se deve colocar a mãe como única responsável pela amamentação e pelo desmame, que este processo precisa ser compartilhado por todos (família, companheiro e sociedade), evitando provocar nas mães sentimentos de culpa, ansiedade ou sacrifício, e buscando articular a relação existente entre o individual e o coletivo.

Cavalcante, Shimo e Rolim (2003) identificaram, em um estudo sobre amamentação, que as mulheres relacionam fatos ocorridos na sociedade, a partir de suas experiências anteriores com as mães e avós, sendo que é neste contexto que se inicia o preparo para a amamentação. A representação do leite materno está fortemente vinculada à saúde do bebê e a

mãe deve se doar para que isso aconteça. O período do desmame se mostrou o mais difícil para a mãe, com tristeza, incerteza e remorso, sofrendo neste processo forte pressão da comunidade.

Isso demonstra que mesmo as mulheres, não sendo portadoras dos vírus HIV e HTLV, desenvolvem sentimentos de tristeza e angústia por não poderem alimentar os(as) filhos(as) com leite materno, sendo que o modelo de mãe incorporado pela sociedade durante o seu processo de socialização influencia o surgimento desses sentimentos.

Atualmente, a conduta instituída de não-amamentação para todas as mulheres portadoras dos vírus HIV e HTLV é necessária como prevenção da transmissão e disseminação desses vírus. No entanto, desestimular as mulheres a não amamentar não é um processo fácil, uma vez que é comprovada cientificamente a importância do leite materno e toda a construção social acerca dos benefícios nutricionais e emocionais ligados à boa conduta da mãe amorosa. Assim, desconstruir esses significados que estão arraigados na cultura é um processo complexo e lento porque são significados que fizeram e fazem parte do imaginário social, principalmente das mulheres.

Portanto, ao abordar as questões que envolvem a amamentação e a não-amamentação, deve-se buscar conhecer a história que permeia esta prática, principalmente as questões culturais e de gênero, assim como se deve tangenciar um olhar para estas mulheres que necessitam de apoio para enfrentar os sentimentos de tristeza, impotência e culpa, até a não-afirmação de sua condição de mulher, decorrente da impossibilidade de oferecer ao seu(sua) filho(a) o leite materno. Isto porque a construção social da amamentação, como parte do universo simbólico das mulheres, retrata valores sobre a maternidade e o corpo.

Em nossa sociedade, a maternidade é socialmente valorizada e instituída como responsabilidade e dever da mulher no cuidado do(a) filho(a), fundamentada na construção social e biológica da figura da mulher. Entretanto, as puérperas expressaram a amamentação como um poder, materializado em expressões de inutilidade e impotência diante da possibilidade de não poder amamentar (SOUZA et al., 2007).

É preciso repensar e discutir com as mulheres as questões que permeiam o processo de amamentação, focalizando-se o momento e o contexto sociohistórico, onde o surgimento de doenças, como as provocadas pelos vírus HIV e HTLV, requer um novo olhar sobre o ato de amamentar, entrando em cena o ato de não amamentar, como forma de prevenção da transmissão desses vírus, mostrando que esse novo olhar não irá diminuir o poder de ser mulher e mãe.

Silva (2005) diz que é um desafio a desconstrução do simbolismo do ideal materno vinculado ao aleitamento materno. A impossibilidade de amamentar não isenta de tristeza e sentimento, mas é uma perda para a mulher, muitas vezes desconhecida e não avaliada pelas pessoas que a cerca, não percebida pelos profissionais de saúde e não devidamente apoiada pelas políticas de saúde e sociais para garantir a substituição do leite materno. A autora destaca ainda, a importância de uma reflexão profunda e responsável por parte dos diferentes segmentos da sociedade no que diz respeito à dimensão atribuída a essa questão.

Com esta revisão de estudos sobre a infecção pelos vírus HIV e HTLV, foi possível perceber que pesquisadores(as) vêm estudando os aspectos subjetivos, referentes ao significado que a não-amamentação desperta nas mulheres, somente no que concerne à transmissão pelo HIV e, quanto à transmissão pelo HTLV, os estudos estão mais centrados nos aspectos epidemiológicos, demonstrando a necessidade de um aprofundamento nos aspectos subjetivos das mulheres.

Isto mostra a importância de apreender as representações sociais do contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV de mulheres soropositivas e soronegativas, uma vez que são poucos os trabalhos que abordam esta temática tendo como foco principal a mulher contemplada como protagonista central desse cenário que envolve o processo de amamentação e não-amamentação.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A realidade é socialmente construída e o saber é uma construção do sujeito, mas não desligada de sua inserção social.
(ARRUDA, 2002, p. 131)

O referencial teórico direciona uma pesquisa, desenvolvendo e organizando o corpo de conhecimentos e conferindo cientificidade ao estudo. Trentini e Paim (2004) comentam que o referencial teórico está para o pesquisador como o mapa está para o viajante no lugar desconhecido e deve consistir de uma abordagem que dê sustentação à formulação do problema de pesquisa e à interpretação, análise e discussão dos resultados encontrados.

Desta forma, para sustentar teoricamente esta pesquisa foi utilizada a Teoria das Representações Sociais – TRS –, tomando como fundamentos os conceitos discutidos na *grande teoria* proposta por Moscovici, mas direcionando um olhar para a abordagem processual. Esta vertente foi proposta por Moscovici e trabalhada por Jodelet.

Para esta autora, as representações sociais contribuem para a construção e interpretação da realidade social, quando afirma que as representações sociais são “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 22).

Portanto, por serem estruturas de conhecimento cognitivas, afetivas e avaliativas, oriundas da relação de reciprocidade entre o indivíduo e a sociedade, as RS orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais, facilitando o processo de informação social. Permitem, ainda, apreender uma riqueza de elementos figurativos do tipo: informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, dentre outros, estes organizados sempre sob a aparência de um saber que diz algo sobre o estado da realidade (JODELET, 2001).

4.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO EIXO TEÓRICO

Partindo do pressuposto de que as mulheres consideram a amamentação como forma de afirmação da maternidade, quando elas se deparam com a impossibilidade de amamentar devido ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV, enfrentam processos

biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais que despertam sentimentos de tristeza e angústia diante da não-amamentação. Estes sentimentos são intensificados a partir da construção social da infecção por estes vírus e da construção social da amamentação edificadas ao longo dos anos pelos saberes do senso comum e científico, que são difundidos tanto pela oralidade como pela mídia em campanhas educativas.

Assim, fundamentada nestes pressupostos, é que foi utilizada a TRS como ferramenta teórica, a qual foi capaz de traduzir e trazer à tona o sentido e os significados atribuídos pelas mulheres soropositivas e soronegativas ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV.

A TRS tem sido amplamente utilizada na pesquisa social em saúde. Segundo Abric (1998, p. 30)

uma representação é constituída de um conjunto de informações, de crenças, de opiniões e de atitudes a propósito de um objeto social. Este conjunto de elementos se organizado, estrutura-se e se constitui num sistema sócio-cognitivo de tipo específico.

Paiva (2000) salienta que embora a TRS tenha sua origem nas ciências sociais, ela foi aos poucos sendo inserida nos estudos da área da saúde, principalmente naqueles que dizem respeito às concepções da população sobre o processo de saúde-doença. Na enfermagem também tem sido crescente sua utilização em vários campos do saber, trazendo contribuições importantes à prática cotidiana das(os) enfermeiras(os).

Escudeiro; Silva (1997) consideram que as representações sociais são perfeitamente aplicáveis à enfermagem, uma vez que uma representação social “não desdobra, repete, reproduz e sim reconstitui, retoca e modifica o texto/contexto” (p. 52). Além disso, “o caráter estranho e ameaçador próprio da doença responde pela extrema capacidade em gerar representações” (SÁ, 1998, p. 36).

A TRS deu suporte a este estudo, uma vez que a forma de agir e reagir das mulheres diante da impossibilidade de amamentar depende dos significados que o contágio do leite materno tem para elas, com suas representações diante da impossibilidade de amamentar. Significados estes decorrentes de informações, crenças, opiniões e atitudes construídas socialmente, e que muitas vezes engendram as mulheres num contexto onde a amamentação é “cobrada” e exigida pelas(os) profissionais de saúde, dentre eles os de enfermagem, que, na maioria das vezes, desconhecem o querer poder amamentar destas mulheres e, desta forma, não lhes prestam um cuidado individualizado necessário.

Assim, ao buscar apreender e analisar os sentidos e significados do contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV expressos nas representações sociais de mulheres

soropositivas e soronegativas foi possível restaurar a consciência coletiva e individual das mulheres e lhe dar forma, explicando o objeto de tal modo que eles se tornaram acessíveis, uma vez que foram extraídas do universo consensual destas mulheres.

A TRS foi elaborada por Serge Moscovici, em 1961, através de sua obra seminal, *La psychanalyse, son image et son public*, trazendo à tona o interesse pelos fenômenos coletivos, especificamente pelas regras que regem o pensamento social, tendo como essencial o estudo do pensamento ingênuo do senso comum (ABRIC, 1998; SÁ, 2002). Ela foi desenvolvida no campo das Ciências Sociais, mais especificamente na Psicologia Social, sendo definida como “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (MOSCOVICI, 1978, p. 26).

Moscovici desenvolveu sua teoria apoiando-se nos fundadores das Ciências Sociais na França, especialmente em Durkheim, que trabalhou o conceito de representações coletivas. Ele resgata este conceito, tomando-o como ponto de partida, e substitui-o por representações sociais. Segundo Moscovici (2003, p. 46), “as representações coletivas abrangiam uma cadeia completa de formas intelectuais que incluíam ciência, religião, mito, modalidades de tempo e espaço, entre outras”. Para este autor isso “representa um problema sério, pois pelo fato de incluir demais, inclui-se muito pouco; querer compreender tudo é perder tudo” (p. 46), acrescentando que é impossível cobrir um raio de conhecimento e crenças tão amplos, que, além de serem heterogêneas, não podem ser definidas por poucas características.

Acrescenta ainda este autor duas qualificações significativas, na primeira, as representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam uma posição em algum ponto entre conceitos, que tem como objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções que reproduzem o mundo de uma forma significativa, possuindo para isso duas faces: a icônica e a simbólica, igualando toda imagem a uma ideia e toda ideia a uma imagem.

Na segunda, as representações sociais são vistas como estruturas dinâmicas, operando em um conjunto de relações e de comportamentos que surgem e desaparecem junto com as representações. Moscovici (2003, p. 48) acrescenta que as representações sociais que lhe interessam “são as de nossa sociedade atual, de nosso solo político, científico, humano, que nem sempre tem tempo suficiente para se sedimentar completamente para se tornarem tradições imutáveis”.

Afirma ainda que

[...] se, no sentido clássico, as representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de ideias e crenças

(ciência, mito, religião, etc.) para nós, são fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum. É para enfatizar essa distinção que eu uso o termo “social” em vez de “coletivo” (MOSCOVICI, 2003, p. 49).

Moscovici recorreu também a outros teóricos para apoiar suas perspectivas a respeito da construção do saber e do valor do saber prático, dentre eles Piaget, Lévy-Bruhl e Freud. Piaget, por meio de sua contribuição a respeito do desenvolvimento infantil; Lévy-Bruhl, por meio dos seus estudos sobre o pensamento místico; e Freud, com as teorias sexuais da criança (ARRUDA, 2002).

Assim, dado às diferenças epistemológicas das duas perspectivas, Moscovici define as representações sociais como “o conjunto de conceitos, afirmações, que devem ser consideradas como verdadeiras teorias do senso comum, ciências coletivas, *sui generis*, pelas quais se procede a interpretação e mesmo a construção das realidades sociais” (MOSCOVICI, 1976, p. 48).

Segundo Arruda (2002, p. 131) “a realidade é socialmente construída e o saber é uma construção do sujeito, mas não desligada de sua inserção social”. Afirma ainda que, ao elaborar a TRS, Moscovici propõe uma psicossociologia do conhecimento, com apoio sociológico, mas sem desprezar os processos subjetivos e cognitivos, no qual o objeto não se encontra somente no terreno da Sociologia, mas na intersecção inseparável do individual e social.

A TRS possui como ponto de partida o abandono da dicotomia clássica entre o sujeito e objeto, uma vez que não existe separação entre o universo interno e externo do indivíduo (ou do grupo) e o do objeto (ABRIC, 1998). Sendo assim, não há como separar as mulheres (sujeitos) do significado do contágio leite materno pelos vírus HIV e HTLV (objeto), este está inscrito no contexto vivenciado pelas mulheres soropositivas, individualmente e coletivamente, sendo, portanto, um prolongamento do seu comportamento, de suas atitudes e das normas às quais elas concebem.

Abric (1998) diz que ao se abandonar a dicotomia entre sujeito e objeto, surge a realidade objetiva, definida pelos componentes objetivos da situação e do sujeito. Para ele,

não existe uma realidade objetiva a priori, mas sim que toda realidade é representada, quer dizer, reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada no seu sistema de valores, dependente de sua história e do contexto social e ideológico que o cerca (p. 27).

Desta forma, toda representação é construída na relação do sujeito com o objeto representado, não existindo representação sem objeto, da mesma forma que uma representação não pode ser compreendida enquanto processo cognitivo individual, já que é produzida nas trocas das relações e comunicações sociais (NÓBREGA, 2001).

Segundo Sá (1998), as proposições originais básicas de Moscovici – a grande teoria das RS – desdobram-se em três correntes teóricas consideradas como complementares: uma mais fiel à teoria original, liderada por Denise Jodelet; outra que procura articulá-la com uma perspectiva mais sociológica, liderada por Willam Doise; e uma que enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações, liderada por Jean-Claude Abric, sendo que elas não são incompatíveis entre si, uma vez que provêm de uma mesma matriz.

A abordagem processual, liderada por Denise Jodelet em Paris, mantém a ênfase moscoviciana original sobre a necessidade de asseverar uma ampla base descritiva dos fenômenos de RS, com vistas a uma contínua elaboração da TRS. Além disso, considera os suportes pelos quais as representações são veiculadas na vida cotidiana.

A abordagem societal, liderada por Doise em Genebra, enfatiza a influência do ‘metassistema social’ sobre o sistema cognitivo, isto é, os elementos e relações cognitivas que fazem o conteúdo de uma representação trazer a marca de um condicionamento social, que operaria no processo de sua formação.

Por sua vez, a abordagem estrutural liderada por Abric em Aix-en-Provence, formalizou-se como uma teoria – a Teoria do Núcleo Central (TNC) –, ocupando-se mais especificamente do conteúdo cognitivo da representação, concebendo-o como um conjunto organizado em um sistema central e um periférico, com características e funções singulares.

Neste estudo optamos por utilizar a abordagem processual, a partir da *grande teoria* desenvolvida por Serge Moscovici, uma vez que, conforme Sá (1998), da *grande teoria* pode-se extrair o conceito de RS, apresentado por Moscovici (1976) e trabalhado posteriormente por Jodelet (1984, 1989), ou seja, “uma modalidade de saber gerada através da comunicação cotidiana, com a finalidade prática de orientar os comportamentos em situações sociais concretas” (p. 68) e atestar o princípio da transformação do não-familiar em familiar ou compreensível, explicando a formação das RS.

Para tanto, foi preciso seguir duas exigências no emprego da *grande teoria*: a composição da representação e seus processos formadores. Com relação à primeira exigência, Moscovici (1976) afirma que uma representação é constituída de informação, atitude e campo de representação, e a segunda exigência trata dos processos formadores das RS – a objetivação e a ancoragem.

A informação relaciona-se com a organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto social. Pode ocorrer que em determinados grupos não exista informação coerente a respeito do objeto e, por conseguinte, não se pode falar da existência dessa dimensão, ao contrário, quando existe este saber é permitido realizar uma discriminação precisa entre os níveis de conhecimento (MOSCOVICI, 1978).

Ainda, conforme esse autor, o campo de representação remete a ideia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições atinentes a um aspecto preciso do objeto da representação. Neste sentido, julga-se que existe um campo de representação, uma imagem, onde houver uma estrutura hierarquizada de elementos. Já a atitude é a orientação global em relação ao objeto da representação social.

Para Moscovici (1978), as três dimensões da representação social fornecem uma visão panorâmica do seu conteúdo e do seu sentido e conclui que “uma pessoa só informa e representa alguma coisa depois de ter adotado uma posição, e em função da posição adotada” (p. 74).

Pensar no contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV, e na impossibilidade da mulher amamentar seu filho denota o surgimento de situações que estas mulheres enfrentam e trazem consequências para o seu convívio na sociedade. Situações estas permeadas por dificuldades de cunho biológico, psicossocial, econômico e cultural diante da infecção pelos vírus, especialmente o HIV, por ter sido construída socialmente voltada para o preconceito e estigma, e da não-amamentação, por ser construída como uma obrigação e forma de afirmação da maternidade e reforço da identidade feminina.

A utilização da TRS para apreensão do objeto deste estudo se dá pela possibilidade de identificar e conhecer a forma através da qual as mulheres situam-se diante das dificuldades enfrentadas no processo de amamentação/não amamentação, compartilhando-as ou não, integrando-as ou não ao seu universo de significados e ao das pessoas com as quais convivem, especialmente quando buscam os meios de enfrentamentos para a sua condição de soropositividade e a não amamentação.

Conhecer as RS do contágio do leite materno permitirá perspectivar o modo amplo de perceber esta situação, compartilhada coletivamente e reconhecer em cada uma das mulheres um sujeito social.

Assim, a realidade vivenciada pelas mulheres diante do contágio do leite materno e da impossibilidade de amamentar é reapropriada e reestruturada, tanto individualmente como socialmente, constituindo-se a realidade em si mesma. A representação do contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV é uma forma de visão global e unitária do objeto e do

sujeito, “esta reestrutura a realidade para permitir a integração das características objetivas do objeto, das experiências anteriores do sujeito e do seu sistema de atitudes e de normas” (ABRIC, 1998, p. 28), permitindo definir a representação como uma visão funcional do mundo, fazendo com que o indivíduo ou grupo dê sentido às suas condutas e possa assim, compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências e, conseqüentemente, a adaptação do sujeito na realidade vivenciada (ABRIC, 1998). Deste modo,

a representação funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social, ela vai determinar seus comportamentos e suas práticas. A representação é um guia para a ação, ela orienta as ações e as relações sociais. Ela é um sistema de pré-decodificação da realidade porque ela determina um conjunto de antecipações e expectativas (ABRIC, 1998, p. 28).

As RS possuem quatro funções essenciais: a **função do saber**: elas permitem compreender e explicar a realidade – permite que os indivíduos adquiram conhecimento prático do senso comum e os integrem em um quadro assimilável e compreensível para eles próprios, em coerência com seu funcionamento cognitivo e os valores aos quais eles aderem, o que facilita a comunicação social; a **função identitária**: define a identidade e permite a proteção da especificidade dos grupos – situa os indivíduos e os grupos dentro de um campo social, permitindo a elaboração de uma identidade social e pessoal, ao mesmo tempo em que lhes assegura um lugar primordial nos processos de comparação social; **função de orientação**: elas guiam os comportamentos – a representação serve de guia para a ação, na medida em que esta orienta as condutas e as práticas; e, a **função justificadora**: elas permitem, a *posteriori*, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos, é o momento em que as representações intervêm na avaliação da ação, permitindo aos indivíduos explicar e justificar suas condutas em uma situação ou face a seus parceiros (ABRIC, 1998).

As RS são socialmente elaboradas e coletivamente compartilhadas, ao mesmo tempo em que são concebidas como um processo de comunicação em desenvolvimento nos grupos sociais, também é resultado desse processo (WAGNER, 1998). Para esse autor,

só pode ocorrer em grupos e sociedades onde o discurso social inclui a comunicação tanto de pontos de vista compartilhados, quanto divergentes sobre muitos assuntos, porque são exatamente essa experiência e conhecimentos contraditórios que habilitam o tipo de discurso coletivo que cria o que chamamos de conhecimento ordinário e de senso comum nas sociedades modernas (WAGNER, 1998, p. 10).

As RS são importantes na vida cotidiana, pois os indivíduos precisam estar informados sobre o mundo a sua volta, a fim de se ajustarem a ele, saber como se comportar e dominá-lo

física e intelectualmente, identificar e resolver os problemas que se apresentarem, e, para isso, precisam criar representações frente a um mundo de objetos, pessoas e acontecimentos ou ideias, partilhando esse mundo com os outros, que serve de apoio para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo. Elas guiam os indivíduos de modo a definir e nomear os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente posicionar-se frente a eles de forma defensiva (JODELET, 2001).

Desse modo, as representações sociais do contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV serviram de guia para que as mulheres pudessem identificar e resolver os problemas que se apresentaram frente à impossibilidade da amamentação. Essas representações foram construídas socialmente por meio dos discursos nos grupos, servindo-lhes de apoio para que enfrentassem a realidade cotidiana diante das decisões tomadas quando vivenciavam a soropositividade e não-amamentação. Wagner (1998) destaca que

as RS são construídas por meio de discursos públicos nos grupos, a partir do conhecimento que as pessoas têm do seu universo e que foram discutidos e construídos socialmente, uma vez que este conhecimento é criado pelo grupo. Portanto, os membros de um grupo criam o objeto representado, dão-lhe significado e realidade. Assim, uma representação é mais do que uma imagem estática de um objeto na mente das pessoas; ela compreende também seu comportamento e a prática interativa de um grupo (WAGNER, 1998, p. 11).

Segundo Moscovici (2003), para se compreender o fenômeno das representações sociais é preciso saber e entender porque uma pessoa ou um grupo procura criar imagens, construir sentenças que irão tanto revelar quanto ocultar a sua ou as suas intenções; todas as ideologias, as concepções de mundo são meios para solucionar tensões psíquicas e emocionais devido a um fracasso ou a uma falta de integração social e, portanto, restaurar um grau de estabilidade interna. Os grupos criam representações para filtrar a informação que provém do meio ambiente e, dessa maneira, controlam o comportamento individual.

As RS funcionam como uma espécie de manipulação do pensamento e da estrutura da realidade. Estas hipóteses tem a fraqueza comum de serem gerais e, portanto, não explicam porque tais funções devem ser satisfeitas por esse método de compreender e de comunicar, e não por algum outro como a ciência ou a religião. E, portanto, para este autor “devemos, pois, procurar uma hipótese diferente, menos geral e mais de acordo com o que os pesquisadores desse campo tem observado” (p. 54) e expõe uma intuição e um fato que acredita ser verdadeiros: *que a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar, ou a própria não familiaridade* (p. 54; grifos do autor).

Assim, quando algo parece ser visível, sem o ser; semelhante, embora sendo diferente; ser acessível e, no entanto, ser inacessível, é caracterizado por Moscovici (2003) como a não-familiaridade, que atrai e intriga as pessoas e comunidades, porém ao mesmo tempo as alarma, as obriga a tornar explícitos os pressupostos implícitos que são básicos ao consenso. Sendo assim, “o medo do que é estranho (ou estranhos) é profundamente arraigado” (p. 56).

E, trazer à tona as representações do contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV pelas mulheres foi uma forma de tornar “familiar” algo “não familiar”, uma vez que “o ato de re-apresentação é um meio de transferir o que nos perturba, o que ameaça o seu universo, do exterior para o interior, do longínquo para o próximo” (MOSCOVICI, 2003, p. 56).

No momento em que é preciso tornar algo não familiar em algo familiar, as RS se apóiam em dois processos formação: a ancoragem e a objetivação, os quais são responsáveis pela interpretação e atribuição de significados do objeto social. Esses processos colaboram na maneira como o social transforma um conhecimento em representação e a maneira como esta transforma o social, indicando a interdependência entre a atividade psicológica e suas condições sociais.

Segundo Nóbrega (2001), a ancoragem está dialeticamente articulada à objetivação. Sendo que a ancoragem permite a incorporação do que é desconhecido ou novo em uma rede de categorias usuais. Para Moscovici (2003, p. 61) a ancoragem “é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com o paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada” e ancorar seria “classificar e dar nome a alguma coisa” (p. 61).

Este autor segue dizendo que as “coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras” (p. 61). Afirmando ainda que é impossível classificar sem, ao mesmo tempo, dar nomes (p. 66) e, portanto, “o que é anônimo, o que não pode ser nomeado, não se pode tornar uma imagem comunicável ou ser facilmente ligado a outras imagens” (p. 66).

A ancoragem é organizada sob três dimensões: a primeira é a atribuição de sentidos, é o momento em que o indivíduo se apropria de uma rede de significações, em que são articulados e hierarquizados os valores já existentes na cultura; a segunda é a instrumentalização do saber, a qual confere um valor funcional à estrutura imageante da representação, à medida que esta se torna uma teoria de referência que permite aos indivíduos compreenderem a realidade; e a terceira é o enraizamento no sistema de pensamento, que é a incorporação social da novidade atrelada a familiarização do estranho, a partir dos

mecanismos de classificação, de comparação e de categorização do novo objeto em julgamento (NÓBREGA, 2001).

A TRS traz duas consequências:

Ela exclui a ideia de pensamento ou percepção que não possua ancoragem (...) Os sistemas de classificação e nomeação (classificar e dar nome) não são, simplesmente, meios de graduar e de rotular pessoas ou objetos considerados como entidades discretas. Seu objetivo principal é facilitar a interpretação de características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas, na realidade, formar opiniões. Na verdade, esta é uma preocupação fundamental (MOSCOVICI, 2003, p. 70).

Para Moscovici (2003) a objetivação é um processo mais atuante que a ancoragem. Ela une a ideia de não-familiaridade com a de realidade, tornando-se a verdadeira essência da realidade. Portanto, consiste em “materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado” (NÓBREGA, 2001, p. 73). Afirma Moscovici (2003, p. 71) que “objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem”. É no processo de objetivação que “as palavras são acopladas às coisas, o abstrato é tornado concreto, o conceito é transformado em uma imagem ou em um núcleo figurativo” (NÓBREGA, 2001, p. 73), considerado por Moscovici (2003, p. 72) como “um complexo de imagens que reproduzem visivelmente um complexo de ideias”.

A objetivação ocorre em três etapas: 1) a constituição seletiva é o mecanismo utilizado pelo público consumidor dos meios de comunicação de massa, para se apropriar do conhecimento teórico-científico, a seleção é feita em função de critérios culturais e normativos. Os critérios culturais são determinados pelas desigualdades das condições de acesso, segundo o pertencimento do grupo. Os critérios normativos exercem a função de retenção dos elementos de informação, preservando a coerência com o sistema de valores do próprio grupo; 2) a esquematização estruturante ou núcleo figurativo é o elemento duro e mais estável da representação e corresponde ao consenso de todos sobre um determinado objeto; 3) a naturalização confere uma realidade plena ao que era uma abstração ao transformar as imagens em elementos da realidade (NÓBREGA, 2001).

Segundo Moscovici (2003), é da soma de experiências e memórias comuns que nós extraímos as imagens, linguagem e gestos necessários para superar o não-familiar, com suas consequentes ansiedades. Elas não são inertes, nem mortas, ao contrário, são dinâmicas e imortais. Portanto,

ancoragem e objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória. A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, esta sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (MOSCOVICI, 2003, p. 78).

A aids foi objetivada inicialmente como doença de grupos de riscos, sendo concretizada como doença do outro. Esta imagem ainda permanece na concepção de muitas pessoas, contribuindo para aumentar a disseminação da epidemia pela não adoção de medidas preventivas por determinados grupos (OLIVEIRA, 2001), dentre eles as mulheres e, especialmente, as casadas, mães de família, donas-de-casa e sexualmente fiéis aos seus companheiros, o que facilitou e ainda facilita a disseminação da infecção pelo HIV nesta população, levando com isso ao aumento do número de crianças infectadas pelo vírus, ao mesmo tempo em que desperta nas mulheres sentimentos de culpa por estar transmitindo o vírus para o filho, ou de tristeza por não poder amamentar o filho como forma de prevenção, numa sociedade onde a amamentação é ancorada como a melhor forma da mãe alimentar uma criança.

Nóbrega (2001) destaca que as RS são elaboradas no âmbito dos fenômenos comunicacionais que repercutem sobre as interações sociais e mudanças sociais. Desta forma, a comunicação social determina a formação do processo representacional, este sendo estruturado nos níveis: cognitivo, formação das RS e edificação das condutas.

A autora descreve que o cognitivo refere-se ao acesso desigual às informações, interesses ou implicações do sujeito, bem como a necessidade de agir em relação aos outros; a formação das RS se dá por meio dos processos formadores (objetivação e ancoragem) e a edificação das condutas refere-se às opiniões, atitudes e estereótipos.

As RS são imersas nos meios comunicacionais que circulam nos discursos expressos pelas ideias e imagens que se materializam nas condutas. Em relação ao sistema comunicacional, Moscovici classifica e analisa três sistemas indutores de representações: a difusão, a propagação e a propaganda. Tais sistemas, correspondem respectivamente, à edificação das condutas de opiniões, atitudes e estereótipos (NÓBREGA, 2001; SÁ, 2002).

O sistema de difusão não se dirige a um grupo, mas a uma pluralidade de grupos e a mensagem sobre um objeto é organizada de maneira indiferenciada, ignorando as diferenciações sociais não provocando mudanças de atitudes. A propagação se opõe à difusão, uma vez que exige organização complexa das mensagens, sendo caracterizada como uma modalidade de comunicação em que as mensagens produzidas por membros de um grupo se

dirigem ao seu próprio grupo, visando a harmonizar o objeto da comunicação com os princípios que fundam a especificidade do grupo. Já a propaganda é uma forma de comunicação de um grupo que oferece uma visão clivada de mundo, cuja dinâmica encontra-se inscrita nas relações sociais conflituosas, salientando-as e alimentando-as e acentuando as diferenças sociais (ORDAZ; VALA, 2000; NÓBREGA, 2001; VALA, 2006).

Desta forma, é na comunicação que um objeto social é difundido, seja por meio do sistema de difusão, propagação ou propaganda fazendo circular o conhecimento acerca de determinado fenômeno, produzindo e reproduzindo representações sociais de um determinado objeto.

Portanto, sem o senso comum não poderíamos nos comunicar, uma vez que ele é um conhecimento que tem organização psicológica autônoma não mais sendo considerado como um corpo de conhecimento confuso e fragmentado, mas com um *status* legítimo à produção de conhecimento de massas e isso se deve à criação da TRS (NÓBREGA, 2001), uma vez que o senso comum não é visto como algo tradicional, primitivo ou folclórico, mas como algo moderno, originado parcialmente da ciência como configuração que assume quando se torna parte e parcela da cultura (MOSCOVICI, 2003).

Desta forma, Moscovici chega à “conclusão que, do mesmo modo como alguém pode pensar um sistema de representações que forma um conhecimento científico, alguém pode também pensar um sistema de representações que forma um conhecimento do senso comum” (MOSCOVICI, 2003, p. 317), sendo este capaz de interpretar uma realidade vivenciada.

5 OS MULTIMÉTODOS COMO EIXO METODOLÓGICO

*Quando não se pode fazer tudo o que se deve,
deve-se fazer tudo o que se pode.*

Santo Agostinho

A metodologia é entendida como o caminho e o instrumental próprio para a abordagem da realidade. Inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade, além do potencial criativo do pesquisador. É mais do que uma descrição dos métodos e das técnicas a serem utilizados, ela indica as opções e a leitura operacional que o pesquisador fez do quadro teórico, não contemplando somente a fase exploratória de campo, mas também a definição de instrumentos para análise dos dados (MINAYO, 2000; DESLANDES, 2002).

Descrevo a seguir o caminho trilhado, as técnicas e os instrumentos utilizados para apreensão da realidade vivenciada pelas mulheres informantes deste estudo.

5.1 TIPO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, na qual foram utilizados multimétodos para coleta e análise das informações, com a finalidade de melhor apreender as RS e, conseqüentemente, melhor compreender o fenômeno estudado – o significado do contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV para mulheres soropositivas e soronegativas para estes vírus.

Conforme Minayo (2000, p. 10), as abordagens qualitativas se constituem como:

aquelas capazes de incorporar a questão do Significado e da Intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Assim, o estudo qualitativo tenta compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como na perspectiva do pesquisador, partindo do contexto social no qual o evento ocorre (LEOPARDI, 2002). Além disso, responde a questões particulares, preocupa-se com um nível de realidade que trabalha com o

universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações humanas que não podem ser quantificados (MINAYO, 2002).

Por outro lado, a abordagem quantitativa utiliza experimentos, lida com números, usa modelos estatísticos para explicar os dados (BAUER; GASKELL; ALLUM, 2002). Segundo Turato (2003), embora as ciências humanas tenham requerido o uso dos métodos qualitativos para a compreensão de seus objetos de estudos, na prática muitos pesquisadores deste campo científico, especialmente a sociologia e a psicologia têm utilizado métodos quantitativos para abordá-los.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), alguns autores acreditam que os paradigmas subjacentes à pesquisa quanti-qualitativa são fundamentalmente incompatíveis. No entanto, outros acreditam que muitas áreas de investigação podem ser enriquecidas através da mescla criteriosa dos dois tipos de dados, ou seja, a chamada pesquisa multimétodo.

Para os autores citados acima, as vantagens de um delineamento integrado complementam os dados qualitativos e quantitativos ao representar palavras e números como duas linguagens fundamentais da comunicação humana. O uso de múltiplos métodos permite que cada um desempenhe seu papel evitando as limitações da abordagem única.

Outra vantagem é a possibilidade de incremento, caracterizada pela necessidade de uma visão mais aprofundada, pois as experiências subjetivas podem necessitar de testes contínuos; maior validade favorecida, uma vez que a integração dos dados qualitativos e quantitativos pode proporcionar oportunidades para testar interpretações alternativas dos dados e para examinar em que medida o contexto modelou os resultados e a criação de novas fronteiras, momento em que os pesquisadores descobrem que os dados qualitativos e quantitativos são inconsistentes entre si, podendo ocorrer mais em estudos separados. No entanto, quando elas aparecem em um único estudo, as discrepâncias podem ser usadas como um trampolim para maior exploração (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Considerando a utilização da TRS como fundamentação teórica neste estudo, optou-se pela abordagem multimétodos, na qual foram privilegiadas as representações apreendidas por meio do *survey*, de técnicas projetivas, da dinâmica interativa, da entrevista semiestruturada e, especialmente, pelos discursos das mulheres envolvidas na pesquisa.

5.2 OS CENÁRIOS DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Salvador/BA/Brasil, onde residem aproximadamente 2.892.625 milhões de habitantes.

Integraram como cenários desta pesquisa um Centro de Referência Estadual para IST/aids, um Centro de Referência para HTLV e uma Unidade Básica de Saúde, a partir do Serviço de pré-natal.

O Centro de Referência Estadual para IST/aids presta atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Vem realizando atendimento ao(a) portador(a) da infecção pelo HIV/aids através de condutas de profissionais de saúde com critérios técnicos estabelecidos, proporcionando uma homogeneização da atenção aos(às) pacientes, facilitando a descentralização dos cuidados aos(às) portadores(as) desta infecção, possibilitando aos mesmos acompanhamento médico com infectologista, dermatologista, psiquiatra, pediatra e ginecologista. Conta ainda com profissionais da área de enfermagem, de nutrição, de odontologia, de terapia ocupacional, de suporte psicológico e de assistência social e farmacêutica.

Além do seu papel assistencial, o Centro vem enfatizando a pesquisa clínica, onde busca novas opções terapêuticas, novas abordagens sociais e psicológicas para o enfrentamento da epidemia, enfatizando a importância da prevenção das IST/aids.

O Centro de Referência para o HTLV foi criado em 2002 e conta com uma estrutura física e de pessoal apoiados por profissionais de uma Escola de Medicina. Trata-se de uma Unidade de Referência para todo o Estado da Bahia, tendo como objetivo prestar atendimento integrado e multidisciplinar, visando ao bem-estar físico e mental dos pacientes, assim como dos seus familiares.

Possui os serviços de: diagnóstico sorológico (testes), atendimento médico (infectologia, neurologia, oftalmologia, dermatologia, obstetrícia, gastroenterologia, psiquiatria, pediatria e urologia), atendimento fisioterápico, terapia ocupacional, psicologia, laboratório de patologia clínica, exames diagnósticos, puericultura e vacinação.

Sua infraestrutura foi idealizada para atender aos pacientes com necessidades especiais, inclusive pacientes de cadeiras de rodas. Conta com uma recepção, uma sala de administração, três consultórios, uma sala para reuniões, uma sala do serviço de psicologia, uma sala de coleta e uma sala onde são realizados os exames sorológicos. Nesse Centro estão matriculados cerca de 900 pacientes portadores(as) de HTLV.

Um outro cenário da pesquisa foi uma Unidade Básica de Saúde, a partir do Serviço de Pré-natal. Este serviço funciona nos turnos matutino e vespertino, com uma média de atendimento de 10 mulheres gestantes em cada período e se constitui uma porta de entrada para o sistema de saúde.

A Unidade Básica de Saúde pertence ao Distrito Barra-Rio Vermelho, considerado um dos mais populosos da cidade, com área de 2.117 km² e com uma população estimada em 344.337 habitantes, correspondendo a 12,9% da população total do município.

Esta Unidade foi escolhida por possuir uma grande demanda ao pré-natal e porque concentra atividades práticas e de pesquisa da EEUFBA, o que favoreceu a aproximação e entrada da pesquisadora no campo. Além disso, a opção pelo serviço de pré-natal se deu por ser um dos locais onde atualmente têm sido solicitados os exames de triagem sorológica para os vírus HIV e HTLV, garantindo, desta forma, a certeza da sorologia negativa para estes vírus.

Com relação à escolha dos outros campos de coleta de informações, os centros de referências, ocorreu por serem campos nos quais se concentram um número significativo de pessoas soropositivas, facilitando, desta maneira, o encontro com as mulheres soropositivas para os vírus HIV e HTLV.

5.3 A ENTRADA NO CAMPO PARA COLETAR AS INFORMAÇÕES

A coleta de informações teve início no dia 20/05/2008, na Unidade de Pré-Natal, com as mulheres soronegativas; no dia 06/06/2008, no Centro de Referência para IST/aids, com as mulheres soropositivas para o HIV; e no dia 05/08/2008, no Centro de HTLV, com as mulheres soropositivas para o HTLV, sendo concluída no mês de abril de 2009.

O processo de entrada no campo para coletar as informações aconteceu em épocas distintas para os três cenários da pesquisa, entretanto, em alguns momentos, essa coleta aconteceu de forma simultânea. Para tanto, foi necessário seguir alguns passos, os quais seguem descritos.

5.3.1 O Primeiro Passo

Inicialmente foi entregue o projeto de tese para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que, após a avaliação, permitiu-me adentrar nos cenários do estudo para proceder a coleta das informações.

5.3.2 O Segundo Passo

O segundo passo começou com as visitas realizadas às unidades. Momento em que me apresentei, forneci a carta de apresentação como doutoranda, uma cópia do projeto de tese e o termo de aprovação do Comitê de Ética.

Vale destacar que a receptividade dos(as) coordenadores(as), das enfermeiras e demais funcionários de cada instituição foi de grande relevância para este estudo. Cada um contribuiu de forma especial e única, ora disponibilizando salas, ora encaminhando as mulheres para participar da pesquisa.

5.3.3 O Terceiro Passo

Esse foi o momento da identificação das mulheres. Ao chegar na unidade, eu me aproximava das mulheres que estavam aguardando atendimento, me apresentava e informava que eu estava na unidade realizando uma pesquisa sobre a amamentação e a não-amamentação devido ao contágio do leite materno por vírus. Em seguida, conferia se elas entrariam nos critérios de inclusão requeridos para os sujeitos e, em caso afirmativo, as convidava para participar da pesquisa. O passo seguinte era apresentar o TCLE (APÊNDICE A e B) e proceder à coleta de informações. Vale destacar que a coleta de dados se deu em local reservado, a fim de manter a privacidade da mulher.

5.4 AS MULHERES INFORMANTES DA PESQUISA

Fizeram parte desta pesquisa 198 mulheres, das quais 64 foram soronegativas, 70 soropositivas para o HIV e 64 soropositivas para o HTLV, independentemente da condição relativa à amamentação, da idade e do número de filhos(as), escolhidas aleatoriamente e que

aceitaram participar do estudo. Dessas, 79 estavam gestantes, 43 mães de filhos(as) menores de cinco anos e 76 mulheres que vivenciaram a gestação e a maternidade há mais de cinco anos.

Para definição do número de mulheres que participaram do estudo, tomou-se como parâmetro as mulheres soropositivas para o HTLV, dado que entre os três grupos de mulheres era o universo menos conhecido, já que não há boletins epidemiológicos ou outro tipo de disponibilização de dados. Inicialmente, foram identificados na revisão de literatura resultados de pesquisas em Salvador, destacando-se entre eles o realizado por Maxoto et al (2007), com a população feminina que frequentava o Centro de Referência para o HTLV, cenário deste estudo. As autoras relataram que foram identificadas 147 mulheres cadastradas no Centro.

Além disso, na aproximação com esse cenário, verificou-se que estava sendo realizado um levantamento do número de usuários(as) cadastrados(as) no Centro de HTLV, porém ele não foi concluído até o final da coleta de dados. Entretanto, o relatório parcial fornecido pela instituição apresentou um total de 318 (trezentos e dezoito) registros de homens e de 674 (seiscentos e setenta e quatro) mulheres, perfazendo um total de 992 pacientes cadastrados desde sua fundação.

No entanto, vale salientar que das 674 mulheres cadastradas, algumas já haviam falecido, outras não mais frequentavam o serviço e outras tinham consultas agendadas a cada ano ou a cada seis meses. Conforme estimativa fornecida pela unidade, o número de mulheres que frequentavam ativamente o serviço não ultrapassava 100 (cem).

Assim, foram incluídas 64 (sessenta e quatro) mulheres soropositivas para o HTLV, que estavam frequentando o centro de referência durante a realização deste estudo. Vale ressaltar que uma mulher não aceitou participar da pesquisa; outra não concluiu a entrevista, pois a mesma foi interrompida para que ela fosse atendida pela equipe e, após o atendimento ela se encontrava muito cansada. Outras 4 (quatro) não preencheram os critérios de inclusão na pesquisa, uma vez que não tinham filhos(as) e, portanto, não haviam vivenciado o processo de amamentação e não-amamentação devido ao contágio do leite pelo vírus HTLV.

Para os outros dois grupos (soronegativas e soropositivas para o HIV) buscou-se a equivalência com o primeiro, tendo sido incluídas 64 (sessenta e quatro) e 70 (setenta), respectivamente.

5.5 ESTRATÉGIAS PARA COLETA DE INFORMAÇÕES – COMBINANDO OS MULTIMÉTODOS E MULTITÉCNICAS

As pesquisas ancoradas na TRS utilizam uma diversidade de instrumentos para coleta de informações, possibilitando a combinação de métodos, o que já é proposto, desde 1961, por Moscovici (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003), com intuito de assegurar a apreensão de informações que se complementam, garantindo, desse modo, uma análise fidedigna dos resultados.

Nesse sentido, a busca da apreensão das RS das mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV e HTLV se deu a partir da utilização das seguintes estratégias: Técnicas Projetivas – Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) – e a Técnica do Manuseio com Massa de Modelar (MCMM), desenvolvida por Teixeira (2005) em sua dissertação de mestrado, uma dinâmica interativa, seguida de um *Survey*, que utilizou uma entrevista semiestruturada guiada por um formulário com perguntas abertas e fechadas.

A dinâmica interativa teve como finalidade a transversalidade das duas primeiras estratégias de coleta de informações para o alcance do terceiro objetivo do estudo.

A entrevista foi realizada logo após a dinâmica interativa, na tentativa de fazer emergir das mulheres os conhecimentos sobre a temática – o contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV, suas implicações na não-amamentação e suas atitudes e comportamentos frente ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV, quando expostas a uma situação hipotética.

A dinâmica interativa foi aplicada com o intuito de verificar as atitudes e comportamentos das mulheres frente a uma situação hipotética e facilitar a emergência dos significados do contágio do leite materno pelos vírus. Para tanto, foi criado um cenário especialmente para este estudo, utilizando-se de um boneco, representando o recém-nascido e mamadeiras com rótulos, identificando o tipo de leite que deveria ser escolhido pela mulher e oferecido ao boneco (recém-nascido).

A seguir são apresentadas as multitécnicas de coleta de informações utilizadas neste estudo.

5.5.1 *Survey* Descritivo

Neste estudo, o *survey* teve como finalidade aprofundar os conhecimentos sobre a temática e buscar melhor compreensão da análise dos discursos.

Uma pesquisa *survey* é uma forma de coleta de informações com a finalidade de produzir uma descrição quantitativa de alguns aspectos da população estudada. Nesse estudo, pretende-se obter uma descrição aprofundada das informações, seguindo as sugestões de Temporini (2009), quando diz que essa técnica aplica-se tanto a estudos descritivos, analíticos ou exploratórios.

Assim, o *survey* descritivo teve a finalidade de descrever como o fenômeno do contágio do leite materno ocorre na população de mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV e HTLV, possibilitando a identificação de saberes, atitudes e comportamentos com intuito de produzir uma idéia concreta da temática estudada.

Nesse estudo, o *survey* foi desenvolvido a partir de uma entrevista guiada por um formulário com questões fechadas e abertas, através de um instrumento supervisionado, no qual a entrevistadora fez os questionamentos garantindo que cada entrevistada respondesse a todas as perguntas conforme orientação de Temporini (2009).

5.5.2 As Técnicas Projetivas

Coutinho, Nóbrega e Catão (2003, p. 51) declaram que “as técnicas projetivas distinguem-se dos demais instrumentos, pela ambiguidade do material apresentado e pela liberdade que é dada ao sujeito”. As referidas autoras afirmam, ainda, que este é um método importante devido a sua aplicabilidade, no qual perguntas e respostas não-diretas entram no campo metafórico, fazendo com que as pessoas, ao invés de dizer tudo, revelem aquilo que escondem, uma vez que a resposta surge do inconsciente.

As técnicas projetivas foram escolhidas nesta pesquisa por sua possibilidade de fazer submergir as relações entre os seres humanos e ao mesmo tempo pelas suas relações com o mundo vivenciado. Por meio delas, as pessoas podem projetar o que acreditam ser; o que gostariam de ser; o que recusam ser e o que os outros são ou deveriam ser em relação a si mesmos. Além disso, são técnicas recomendadas quando se investiga pessoas ou grupos possuidores de uma problemática nas esferas psicológicas e/ou física/orgânica ou quando se escolhe uma abordagem multimétodos (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003).

As técnicas projetivas foram utilizadas neste estudo pela importância de seu uso na apreensão das representações sociais, especialmente quando trabalhamos com temáticas que são difíceis de serem expressas pelos sujeitos, especialmente as que envolvem o objeto deste estudo. Além disso, as técnicas projetivas são preciosas quando analisadas conjuntamente com outras técnicas não projetivas (COUTINHO, 2005).

A seguir será apresentado cada instrumento, discorrendo sobre as suas principais características, incluindo a forma como cada uma delas foi aplicado e algumas reações das mulheres.

a) O Teste de Associação Livre de Palavras (TALP)

O TALP, que teve sua origem na Psicologia Clínica, foi desenvolvido por Jung, com o objetivo de realizar diagnóstico psicológico sobre a estrutura da personalidade dos sujeitos. Foi adaptado no campo da Psicologia Social por Di Giacomo em 1981 e, desde então, vem sendo utilizado nas pesquisas sobre RS.

No entanto, “os pesquisadores em RS visam a identificar as dimensões latentes nas RS, através da configuração dos elementos que constituem a trama ou a rede associativa dos conteúdos evocados em relação a cada estímulo indutor” (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003, p. 68) e o “instrumento se estrutura sobre a evocação das respostas dadas a partir dos estímulos indutores [...] objetivando colocar em evidência universos semânticos de palavras que agrupam determinadas populações” (p. 68).

Desse modo, neste estudo, as evocações foram feitas a partir de palavras-estímulo previamente definidas, em função do objeto pesquisado. Para tanto, primeiramente, foi necessário familiarizar as mulheres com o procedimento de aplicação do teste, salientando a importância das expressões ou palavras isoladas, substantivos e adjetivos, esclarecendo a não-utilização de frases e construções verbais elaboradas. No entanto, é salutar destacar que no estudo, mesmo com o esclarecimento, foram expressas frases ao invés de palavras isoladas, o que não inviabilizou a organização do banco de dados.

O TALP foi aplicado em 40 mulheres soronegativas, 40 mulheres soropositivas para o vírus HIV e 40 mulheres soropositivas para o vírus HTLV, de forma individual, e registrado em folha de resposta específica (APÊNDICE C), tendo sido utilizados sete estímulos indutores: **leite materno, amamentação, não-amamentação, HIV, aids, HTLV e contágio do leite materno pelos vírus**. O tempo permitido para evocação de cada palavra foi em média 5 segundos.

Antes de aplicar a técnica era explicado às informantes do estudo como seria desenvolvida. Então, era solicitado que dissessem o que pensavam quando era mencionada a palavra *árvore* ou *cadeira* (tais palavras foram utilizadas como exemplo explicativo de como procederia a partir dos estímulos do estudo), com intuito de tornar a técnica familiar e facilitar a introdução dos estímulos indutores da pesquisa.

As palavras evocadas foram agrupadas a *posteriori* por similaridade. Deste agrupamento seguiu-se a criação de um dicionário das palavras em relação a cada estímulo indutor. Estas foram classificadas em ordem alfabética, digitadas em arquivo no programa *word* para processamento no *software tri-deux-mots* e interpretados por meio da análise fatorial de correspondência (AFC).

b) A Técnica do Manuseio com Massa de Modelar (MCMM)

A dinâmica criativa utilizada neste estudo com massa de modelar (TEIXEIRA, 2005) foi outro instrumento de valor para apreensão das RS, uma vez que se constituiu na busca de elementos que se encontravam no inconsciente a partir de processos expressivo-motores (manuseio da massa de modelar) e de processos perceptivos-dinâmicos (verbalizações sobre o que foi modelado), assemelhando-se à técnica do Desenho-Estória com Tema descrito por Coutinho, Nóbrega e Catão (2003), diferenciando-se apenas pelo material utilizado.

Por sua semelhança com o Desenho-Estória com Tema, é salutar classificá-la como uma técnica projetiva, uma vez que a estrutura psicológica das mulheres tornou-se palpável através das criações, revelando o que se ocultava em seu inconsciente.

A adoção desta dinâmica possibilitou o desenvolvimento da criatividade, da sensibilidade e da arte das mulheres, o que permitiu que elas expressassem o sentido e o significado do contágio do leite materno, de maneira mais espontânea, facilitando, assim, a expressão verbal sobre o que haviam modelado e, conseqüentemente, sobre a temática abordada.

Esta técnica pode ser realizada de forma individual ou em grupo e aplicada a todas as faixas etárias, em ambos os sexos e em qualquer nível mental, socioeconômico e cultural. Neste estudo, a técnica foi aplicada de maneira individual, dado a dificuldade para se formar os grupos de mulheres nas instituições pesquisadas.

Esta técnica foi aplicada a 10 mulheres soronegativas, 10 soropositivas para o vírus HIV e 10 soropositivas para o vírus HTLV. Sendo que, entre as mulheres soropositivas para o HIV, 06 participaram apenas desta técnica.

Após aplicação do TALP, era oferecida a massa de modelar de diversas cores. Em seguida, lançada a questão norteadora: **o que significa para você o contágio do leite materno pelo vírus HIV e HTLV?** Era explicado que elas poderiam pensar em formas de materializar, através da modelagem, o que significava para elas o contágio do leite materno pelos vírus. Após o término da modelagem, era solicitado o relato verbal sobre o que havia

sido modelado. As falas foram gravadas, transcritas e analisadas juntamente com a imagem das modelagens.

Ao serem estimuladas com a questão norteadora, as mulheres tornaram observáveis, ao materializarem através de suas modelagens, os significados do contágio do leite materno pelos vírus, o que foi evidenciado através da verbalização sobre o que significava a modelagem feita por elas. Assim, foi preciso estimular para se fazer materializar (a imagem modelada), para em seguida obter a comunicação verbal e registrar o que estava atuando sobre a estrutura psicológica de cada mulher que participou do MCMM.

A massa de modelar tem como característica permitir por sua maleabilidade, flexibilidade, sensação tátil de prazer e estímulo cognitivo a expressão do inconsciente do eu “self” artístico na representação da modelagem. Nessa perspectiva, foram elaboradas pelas mulheres sua percepção do contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV ao possibilitar emergir *multivariadas* modelagens representadas por bichos, figuras humanas e objetos. Foi uma técnica importante, pois as perguntas e respostas não foram diretas e entraram no campo metafórico ao serem objetivadas imagens que revelaram respostas que surgiram do inconsciente. Desse modo, por se tratar de uma técnica que fez emergir os conteúdos latentes e não filtrados pela censura é que podemos considerá-la como uma técnica projetiva.

5.5.3 A Dinâmica Interativa

A dinâmica interativa é compreendida como um processo de construção de abstração dos significados construídos no imaginário coletivo e evidenciados na singularidade individual, representando o senso comum que as mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV e HTLV manifestam em suas atitudes e comportamentos, por meio de uma ‘encenação’³ com o uso de boneco e mamadeiras com leite artificial, elucidando a representação do leite materno e do leite materno contaminado pelos vírus HIV e HTLV.

Essa dinâmica foi realizada em laboratório criado especificamente para o momento, no qual foram dispostos sobre uma mesa um lençol, um boneco representando o bebê, e as mamadeiras com os rótulos identificando o tipo de leite que continha no seu interior: leite materno (LM), leite materno contaminado pelo vírus HIV (LM HIV) e leite materno contaminado pelo vírus HTLV (LM HTLV). A dinâmica foi criada especialmente para este

³ Segundo Ximenes (2000, p. 359), encenar é “pôr em cena (um espetáculo)”. Neste estudo, a encenação foi considerada o momento no qual foi colocado um espetáculo hipotético apresentando às mulheres uma situação na qual elas teriam que escolher uma mamadeira com um tipo de leite específico (LM, LM com HIV, LM com HTLV) para ser oferecido ao boneco (bebê) com intuito de identificar as atitudes diante de tal situação.

estudo a fim de observar as atitudes e comportamentos das mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV e HTLV frente ao contágio do leite materno.

Para tanto, esta dinâmica foi realizada de forma individual e balizada pelos pressupostos, apresentados abaixo:

- as RS que mulheres soronegativas e soropositivas possuem sobre o leite materno comparado ao leite materno contaminado pelos vírus HIV e HTLV tem como consequência a escolha exclusiva do leite materno e o comportamento de rejeição ao leite materno contaminado;
- as RS que as mulheres soronegativas e soropositivas possuem sobre o leite materno contaminado pelos vírus HIV e HTLV tem como consequência comportamentos de escolhas diferenciadas em relação aos tipos de vírus (HIV e HTLV);
- o fato de preparar o ambiente para ‘encenação’ diante das mulheres tem como consequência comportamentos de incerteza na escolha do alimento a ser oferecido ao recém-nascido.

A dinâmica interativa teve como finalidade identificar comportamentos manifestos pelas mulheres frente ao leite materno e ao leite materno contaminado e a possibilidade do boneco (recém-nascido) ingerir ou ter contato com os referidos leites, facilitando desta forma, o emergir dos significados atribuídos a esses leites.

Para compor o cenário da dinâmica, foram utilizadas mamadeiras de plástico polietileno transparentes, identificadas com rótulo com os dizeres: LEITE MATERNO (LM), LEITE MATERNO com HIV (LM HIV) e LEITE MATERNO com HTLV (LM HTLV). Cada mamadeira continha o mesmo conteúdo de 100ml de leite, tratava-se de leite em pó diluído em água; cueiro de tecido branco de uso de recém-nascido como proteção (sob o boneco) e um boneco representando um recém-nascido, em tamanho de um recém-nato, conforme se pode observar nas Figuras 1 e 2.



Figuras 1 e 2 – Fotografias do ambiente utilizado na dinâmica interativa

Essa dinâmica foi utilizada metaforicamente para identificar os significados que as mulheres davam ao leite materno e leite materno contaminado, bem como suas atitudes e comportamentos frente ao contágio do leite materno pelos vírus. Os cenários de realização dessa técnica foram os consultórios das instituições pesquisadas, conforme descrito no item 5.2, sendo esse espaço preparado para atender a essa finalidade.

Participaram da dinâmica interativa 72 mulheres, sendo 24 soronegativas, 24 soropositivas para o vírus HIV e 24 soropositivas para o vírus HTLV. O grupo foi dividido em três, para os quais foram oferecidas duas condições e realizados os seguintes procedimentos:

I – Para o primeiro grupo - 24 mulheres soronegativas para os vírus HIV e HTLV, divididas em 2 subgrupos, com 12 mulheres cada um (A e B), submetidas a três situações (LM + LM HIV; LM + LM HTLV e LM HIV + LM HTLV).

II – Para o segundo grupo - 24 mulheres soropositivas para o vírus HIV, divididas em 2 subgrupos, com 12 mulheres cada um (A e B), submetidas as mesmas situações acima descritas.

III – Para o terceiro grupo - 24 mulheres soropositivas para os vírus HTLV, divididas em 2 subgrupo, com 24 mulheres cada um (A e B), submetidas as mesmas situações anteriormente descritas.

Para a execução da dinâmica foram utilizadas as seguintes estratégias:

A - Sobre uma mesa estavam duas mamadeiras com leite, um coeiro e um boneco. Em cada mamadeira estava escrito um rótulo para que as mulheres identificassem o tipo de leite para ser oferecido ao boneco, representando um recém-nascido.

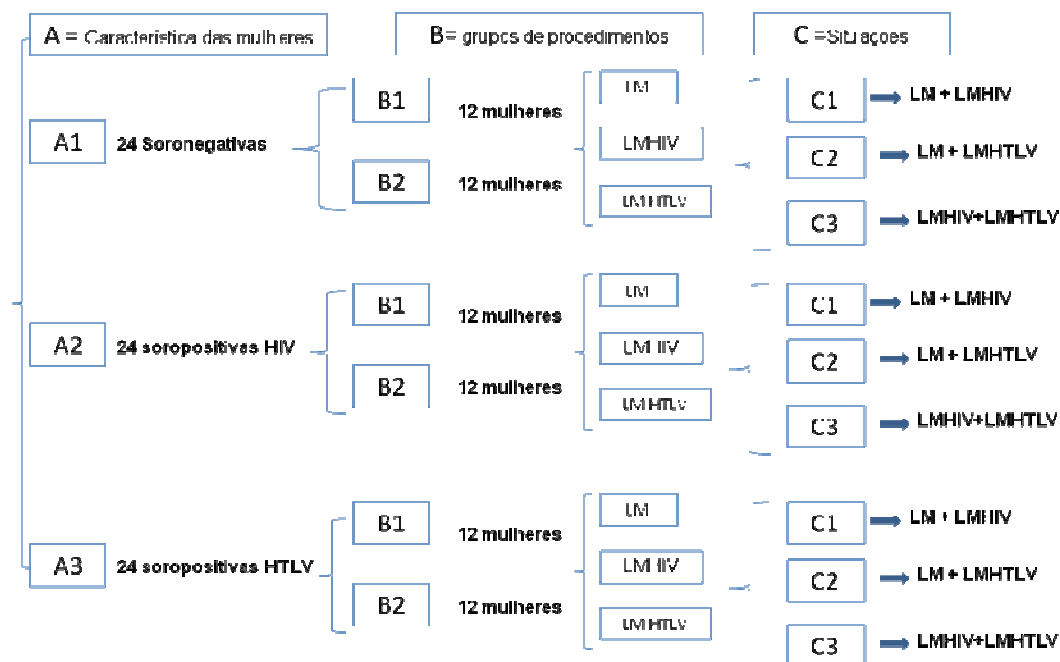
- Primeira situação: foram apresentadas às mulheres duas mamadeiras, em uma estava escrito: LEITE MATERNO, e na outra: LEITE MATERNO com HIV;
- Segunda situação: foram apresentadas às mulheres duas mamadeiras, em uma estava escrito: LEITE MATERNO, e na outra: LEITE MATERNO com HTLV;
- Terceira situação: foram apresentadas às mulheres duas mamadeiras, em uma estava escrito: LEITE MATERNO com HIV, e na outra: LEITE MATERNO com HTLV.

Cada mulher vivenciou uma das situações e imediatamente era requerido que ela escolhesse uma das mamadeiras para oferecer ao boneco representando um recém-nascido. O tempo para cada dinâmica durou em média 3 minutos.

B – A mulher adentrava ao consultório, era solicitado a mesma que aguardasse sentada enquanto o cenário era preparado em sua frente, para que pudesse ir visualizando a movimentação da pesquisadora com os recursos materiais da dinâmica. Em seguida era

solicitado que ela escolhesse uma das mamadeiras e oferecesse o leite ao boneco (bebê), conforme as situações anteriormente descritas no item A. Esse momento do estudo durou em média 5 minutos.

A Figura 3 ilustra as características das mulheres, grupos de procedimentos e situações descritas a partir das condições, procedimentos e estratégias utilizados na dinâmica interativa.



A – Número de mães estudadas para cada caracterização.
 B – Visualização da mãe em relação às mamadeiras (B1 – a mãe já estava amamentando; B2 – a mãe era amamentada depois que a mãe entrou na sala).
 C = Apresentação das mamadeiras para as mães diante dos grupos B1 e B2

Figura 3 – Configuração da dinâmica interativa

Após a execução da dinâmica interativa era realizada a entrevista semiestruturada, guiada por um formulário (APÊNDICE D, E e F), no qual as três primeiras perguntas foram abertas e buscou conhecer a razão da escolha pela mamadeira com LM, LM HIV e LM HTLV e, ainda, qual o significado que elas atribuíam ao leite materno e ao leite materno contaminado pelos vírus, assim como era perguntado o que elas sentiram diante da realização da dinâmica.

Em seguida, foram feitas as demais perguntas do instrumento, utilizando-se de questões fechadas sobre os temas amamentação, leite materno, infecção pelos vírus HIV e HTLV, contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV e não-amamentação. As respostas abertas foram gravadas em áudio após autorização das mulheres, conforme TCLE, e posteriormente, transcritas no programa *Word*, versão 2007. As questões fechadas foram processadas pelo Programa SPSS, apresentadas de forma descritiva e entrelaçadas às informações provenientes das demais técnicas de coleta de dados.

A entrevista semiestruturada, caracterizou-se como uma conversa em que pesquisadora e pesquisada desenvolveram interação positiva, o que possibilitou a exposição dos sentimentos de forma dialogada e contributiva para o propósito do estudo. Este momento foi ao encontro do que é enunciado pela ampla literatura da área de investigação, visto que a entrevista é compreendida como a arte de fazer perguntas e ouvir a(o) outra(o), porém, não consiste num mero interrogatório, mas se caracteriza como uma conversa orientada para um objetivo determinado. A entrevista ganha vida ao se iniciar o diálogo entre a entrevistadora e a entrevistada. Além disso, constitui condição social de interação humana, sem a qual não haverá ambiente para produzir informações fidedignas (MINAYO, 2000; LEOPARDI, 2002; TRENTINI; PAIM, 2004).

A entrevista foi capaz de captar informações sobre a temática, ao mesmo tempo em que permitiu identificar atitudes e comportamentos das práticas e das falas de cada mulher, de maneira que possibilitou conhecer suas representações frente ao contágio do leite materno.

Além destes instrumentos, utilizou-se um diário de campo, no qual foi registrado o que acontecia a cada dia de coleta de informações, utilizando para isso o exercício da memória recente. Assim, foram registradas histórias contadas pelas mulheres que participaram do TALP, dúvidas, inquietações e impressões da pesquisadora diante das situações vivenciadas pelas mulheres, os ajustes na aplicação dos instrumentos de coleta de informações, e outros que pudessem retratar as ocorrências nos cenários de pesquisa.

Cada técnica realizada com os instrumentos descritos fazia emergir nas mulheres inquietações, as quais eram discutidas com a pesquisadora após a realização da coleta de informações. Momento em que se aproveitava para fornecer esclarecimentos e sanar, na medida do possível, dúvidas sobre a amamentação, a infecção pelos vírus HIV/aids e HTLV. Outro aspecto a destacar, refere-se à necessidade de estar disponível para ouvir as histórias de vida daquelas mulheres permeadas por angústia, tristeza, sofrimento, ódio, desespero, dor, insegurança, medo e dúvidas, especialmente das soropositivas para os vírus HIV e HTLV. Também houve momentos em que foram relatadas histórias alegres, divertidas, contentamentos, lutas, principalmente das mulheres soronegativas, e poucas advindas das soropositivas.

O uso das técnicas projetivas possibilitou um maior aprofundamento sobre o tema pesquisado, permitindo apreender as representações sociais de diferentes maneiras, abordando, por meio das falas dos sujeitos (elementos mais conscientes), atitudes, valores e opiniões (elementos inconscientes), que muitas vezes não estão de acordo com as normas contextuais, com as quais os sujeitos convivem (COUTINHO, 2001).

A dinâmica interativa foi de fácil aplicabilidade e uma ferramenta importante para fazer emergir os significados do contágio do leite materno, as atitudes comportamentais das mulheres frente ao leite materno e o leite materno contaminado pelos vírus, face à situação imaginária de oferecimento do leite ao boneco (recém-nascido) foi possível observar, que a escolha diante do tipo de leite tinha relação com as representações sociais que essas mulheres construíram acerca da amamentação, da infecção pelos vírus e do contágio do leite materno.

A utilização dos instrumentos de investigação possibilitou a abordagem de multimétodos e multitécnicas, condição primordial no estudo das representações sociais, principalmente, quando se quer trabalhar com um fenômeno complexo e plural, como é o caso da temática em foco.

5.6 OS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA – UM COMPROMISSO SOCIAL, PROFISSIONAL E CIENTÍFICO

A ética permeou todo o processo dessa pesquisa, uma vez que houve preocupação com os valores trazidos por cada mulher. Segundo Lima (2004, p.17), a “ética envolve juízos de apreciação, isto é, envolve um julgamento e uma decisão. Logo, envolve consciência. E, consciência é o atributo pelo qual o homem toma em relação ao mundo e a seus interiores”. Portanto, ética é algo subjetivo, depende do julgamento consciencioso de cada um, é um julgamento individual.

A ética é um “compromisso social, profissional e científico que o(a) pesquisador(a) tem com a melhoria da qualidade de vida da população” (ELSEN; NITSCHKE, 1994, p. 9) e os(as) profissionais de saúde e pesquisadores(as), precisam ter um compromisso com a melhoria de vida da população, especialmente aquelas que se encontram vulneráveis.

Assim, em todos os momentos foram garantidos o anonimato e a privacidade das informações, considerando os princípios éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, estabelecidos pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que deixa claro, no Capítulo IV, que o respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestaram a sua anuência à participação na pesquisa.

Dessa forma, para dar início a essa pesquisa, foi feita uma comunicação formal aos responsáveis pelas instituições onde as informações foram coletadas, solicitando que fosse viabilizada a entrada da pesquisadora no campo. Esta solicitação foi realizada através de

contato pessoal e documental, ao tempo em que foi apresentado o projeto de pesquisa e uma carta de apresentação da doutoranda. Essa formalização, além de oficializar a pesquisa, manteve as instituições informadas sobre o seu andamento.

Após autorização institucional, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (CEP/EEUFBA), no mês de janeiro 2008, tendo sido aprovado no dia 15/05/2008, através do Parecer nº 001/2008 (ANEXO A).

Após essa aprovação, foi estabelecida a aproximação com o campo de pesquisa e a identificação das mulheres que obedeciam aos critérios previamente estabelecidos.

Em seguida, fiz a explanação sobre a pesquisa para cada uma das mulheres, destacando os objetivos e a metodologia proposta, bem como a relevância do estudo. Após o consentimento verbal, apresentei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B) e, após a leitura do mesmo, pelas mulheres ou por mim mesma, este foi assinado. Além disso, foi solicitada a autorização para utilizar o gravador e a máquina fotográfica para fotografar as construções provenientes da massa de modelar, garantindo-se o sigilo, o anonimato e a liberdade para participarem ou desligarem-se do estudo a qualquer momento, se assim desejassem.

A fim de assegurar o anonimato das mulheres informantes, optou-se por identificá-las com as siglas soropositivas para o HIV (SP HIV), soropositivas para o HTLV (SP HTLV) e soronegativas (SN), a fim de poder identificar os grupos de pertença quando foram descritas as informações sobre o processo vivenciado por cada uma delas de forma única e particular, no capítulo dos resultados.

5.7 ESTRATÉGIAS PARA ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES – LER, ORGANIZAR; LER, SEPARAR; LER, JUNTAR; LER, ANALISAR E TECER O ‘FIO’ DA ANÁLISE

A finalidade da análise de dados é organizar, fornecer estruturas e extrair significados dos dados de um estudo. É uma tarefa desafiadora para as(os) pesquisadoras(es), uma vez que não existem regras sistemáticas para análise e apresentação dos resultados. Além do mais, é árduo o trabalho de organizar e dar sentido a grande quantidade de material narrativo, desafiado pela tarefa de redução dos dados para o relato final, sem contudo, perder a essência ou deixar de relatar trechos desse material e não perder a riqueza dos dados originais (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa produziu quatro tipos de dados brutos: as informações provenientes do TALP, as transcrições das entrevistas (perguntas abertas) realizadas no MCMM e na dinâmica interativa, o processamento estatístico (perguntas fechadas) e a análise das imagens produzidas na modelagem.

Para tanto, foi preciso elaborar um plano de tratamento e análise das informações com base no referencial teórico e metodológico adotado, bem como nos objetivos e pressupostos da pesquisa. Dessa forma, as informações emergidas do TALP foram processadas estatisticamente por meio do *software Tri-Deux-Mots* e analisadas mediante a análise fatorial de correspondência (AFC).

Para as informações coletadas por meio do MCMM foi utilizada uma adaptação da análise proposta por Coutinho (2001), para o desenho-estória com tema, e do que propõe Penn (2002), para análise semiótica de imagens paradas. Já para as informações coletadas por meio da entrevista, advindas das perguntas abertas, foi utilizada a análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2000). As informações provenientes das perguntas fechadas, foram submetidas a análise estatística pelo *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, utilizando-se a estatística descritiva.

Abaixo, serão apresentadas algumas considerações teóricas e metodológicas sobre as técnicas de análise das informações coletadas, a fim de que possam ser compreendidas.

5.7.1 TALP, *Tri-Deux-Mots*, Análise Fatorial de Correspondência (AFC)

As informações apreendidas pelo TALP foram processadas estatisticamente pelo *software Tri-Deux-Mots* e analisadas por meio da Análise Fatorial de Correspondência (AFC). Com o *software Tri-Deux-Mots* foi possível verificar correlações entre grupos, assim como visualizar as relações de atração e de afastamento entre os elementos do campo representacional acerca do objeto estudado – o significado do contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV.

Ao descrever a AFC, Oliveira e Amâncio (2005, p.330) destacam ser ela um conjunto de “técnicas de estatística descritiva multivariada que evidenciam as afinidades entre certas linhas e colunas de uma matriz de dados e que se baseiam na hipótese da independência entre as linhas e as colunas dessa mesma tabela”.

Para a utilização deste *software*, inicialmente, as informações foram organizadas a partir da construção dos dicionários correspondentes a cada estímulo. Em seguida, foram

classificadas as respostas por ordem alfabética para proceder à análise das palavras com conteúdos similares. Foi necessário verificar as respostas mais frequentes e proceder ao reagrupamento por semelhanças das que possuem a mesma similaridade semântica ou afinidades de sentido, assim como aquelas que aparecem isoladamente ou que possuíam baixa frequência.

Em seguida foi preparado o banco de dados para processamento no *software Tri-Deux-Mots*. O *software* produziu relatórios (ANEXOS B e C) e gráficos provenientes da AFC (FIGURA 2), onde se encontram as palavras evocadas e suas frequências, o que permitiu a apreensão das representações sociais dos grupos pesquisados, isto por que, “as AFC a partir de uma informação global revelam estruturas que permitem enquadrar os campos semânticos” (PEREIRA, 2005, p. 25).

Assim, as informações foram reveladas em um plano fatorial apresentado graficamente, no qual foram evidenciadas as variáveis do estudo (condição sorológica, idade e escolaridade) em relação às variáveis de opiniões – palavras evocadas pelos participantes (RIBEIRO; COUTINHO; SALDANHA, 2005). No entanto, o resultado foi analisado qualitativamente, pois buscamos identificar e interpretar o significado e o conteúdo semântico das palavras evocadas.

5.7.2 A Técnica de Análise utilizada para o Manuseio com Massa de Modelar

A análise do material coletado por meio da técnica do MCMM utilizou o modelo proposto por Teixeira; Paiva; Nóbrega construído para este estudo a partir da adaptação do que propõem Coutinho (2001) e Penn (2002) para a análise do desenho história com tema e a análise semiótica de imagens paradas, respectivamente, conforme descrito a seguir:

- Observação sistemática das modelagens – após realização da técnica, as modelagens foram fotografadas e salvas em documento no *word 97-2003*. Em seguida foram arquivadas em envelopes numa caixa de papelão com identificação individual por autoria;
- Escolha das modelagens para serem analisadas – neste estudo, optou-se por utilizar todas as imagens das modelagens advindas do MCMM, dado sua importância para apreensão do sentido das representações sociais;
- Seleção das modelagens por semelhança de simbologia – após serem fotografadas, as imagens foram agrupadas por semelhança simbólica, segundo enunciado nas falas das mulheres participantes do MCMM;

- Inventário denotativo – foram acoplados os textos provenientes das falas às imagens modeladas, nos quais as mulheres descreveram o significado e o significante das modelagens para elas. Compõe o estágio denotativo da análise, no qual é realizada a catalogação do sentido literal do material fornecido pelas mulheres, utilizando-se dos elementos textuais compreendidos da denotação: linguístico (as palavras) e dos elementos imagéticos, ao ser descrito de maneira minuciosa as características visuais das mesmas. Para tanto, foi realizada a leitura flutuante das falas, sempre remetendo às imagens das modelagens, além da escuta do material gravado de modo a deixar emergir os temas.
- Análise dos níveis de significação. Este estágio foi construído a partir do inventário denotativo. Para tanto, foi necessário fazer aos elementos presentes em cada imagem uma série de perguntas relacionadas. O que tal imagem conota (que associações são trazidas à mente)? Como os elementos se relacionam uns com os outros (correspondências internas, contrastes)? Que conhecimentos culturais são exigidos a fim de ler o material? No âmbito da denotação, para ler o que expressava a imagem, foi preciso conhecer a linguagem escrita e falada. No âmbito da conotação, foram necessários vários conhecimentos culturais sobre amamentação, não-amamentação, a infecção pelos vírus HIV e HTLV e o referencial teórico adotado no estudo, bem como os conhecimentos e valores que as pesquisadoras, os(as) leitores(as) e as mulheres que participaram da pesquisa possuem; ao tempo em que foi sendo realizado o recorte e a categorização das unidades temáticas;
- Análise e interpretação dos conteúdos temáticos agrupados por categorias conforme modelo de análise de conteúdo temática proposto por Minayo (2000), tendo como pano de fundo os objetivos da pesquisa e o referencial teórico adotado.
- Decidir quando parar – foi uma etapa difícil, uma vez que o processo de análise nunca se esgota e, portanto, nunca estará completo, porque sempre é possível uma nova maneira de ler a imagem, ou um novo léxico, ou sistema de referência, para aplicar à imagem. No entanto, a conclusão da análise se dá a um certo ponto da discussão quando percebe-se que o problema de pesquisa foi focado e que os significados, significantes e sentidos foram extraídos das imagens e textos permitindo, desta forma, apreender o fenômeno estudado.
- Relatório da análise – como último passo, tem-se o relatório de análise que se encontra apresentado de forma discursiva nos capítulos 6 e 7.

Articular a imagem ao texto traz contribuições para análise, isto porque, como bem salienta Penn (2002, p. 322), “a imagem é sempre polissêmica e ambígua. É por isso que a maioria das imagens é sempre acompanhada de algum tipo de texto: o texto tira a

ambiguidade da imagem [...] onde ambos, imagens e texto, contribuem para o sentido completo”.

5.7.3 A análise da dinâmica interativa

As informações coletadas por meio da dinâmica interativa foram analisadas de forma qualitativa e quantitativa. Para as respostas provenientes das perguntas abertas, a análise realizada foi a de conteúdo temática proposta por Minayo (2000). Para as respostas provenientes das perguntas fechadas, as informações foram processadas por meio do Programa *SPSS* e em seguida foi realizada uma análise descritiva das informações. Para tanto foi utilizado o *SPSS* versão 11.0.

O Programa *SPSS* (*Statistical Package for the Social Sciences*) “é utilizado para executar análises estatísticas, manipular dados e gerar tabelas e gráficos que resumem os dados” (WAGNER; MOTTA; DORNELLES, 2004, p. 13). Descrevem, ainda, estes autores que as análises variam entre as simples estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, tabelas de frequência) até métodos avançados de inferências estatísticas (análise de variância, modelos de regressão multivariável, análise fatorial e outros). Neste estudo, foi utilizada a análise estatística simples descritiva valendo-se de tabelas de frequência.

5.7.4 A Técnica de Análise de Conteúdo Temática – transversalização dos resultados provenientes das dinâmicas

Para as informações coletadas a partir da dinâmica criativa do MCM e para as questões abertas da entrevista foi utilizada a análise de conteúdo temática, proposta por Minayo (2000). A autora ressalta que esta técnica vem sendo utilizada quando se busca alcançar os significados manifestos e latentes no material qualitativo. Afirma ainda que “a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase ou um resumo (p.208)”.

A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (...). Qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referências e os modelos de comportamento presentes no discurso (MINAYO, 2000, p. 209).

Inicialmente as falas foram transcritas em documentos distintos: as provenientes das questões abertas do MCMM e da dinâmica interativa.

A operacionalização da análise temática consistiu em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, conforme descrita por Minayo (2000).

Na **pré-análise** foram escolhidos todos os documentos para serem analisados, foram retomadas as questões norteadoras, a tese e os objetivos da pesquisa, confrontando-os com o material coletado, elaborando-se indicadores para orientar a interpretação final.

A pré-análise foi dividida da seguinte forma: leitura flutuante de toda informação coletada, o que permite um contato exaustivo com o material, levando à impregnação por seu conteúdo, correlacionando-o com os objetivos e a teoria adotada; constituição do corpus – nesta etapa foram organizadas as informações com intuito de responder às normas de validade: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Para realizar esta etapa da análise, optei por fazê-la separadamente. Primeiro foi organizada as informações advindas das questões abertas do MCMM e, em seguida as provenientes da dinâmica interativa.

Nesta fase pré-analítica foi determinada a unidade de registro (frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise.

A **exploração do material** consistiu na operação de codificação, momento em que foi realizada a transformação dos dados brutos com o propósito de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Primeiramente, foi realizado o recorte do texto em unidades de registro; em segundo lugar, foi realizado o agrupamento das unidades de registro e, em terceiro lugar, a classificação e a agregação das informações, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandaram a especificação dos temas.

Após o surgimento das unidades de registro de cada técnica, estas foram agregadas, formando assim, as categorias e subcategorias. Neste momento foram utilizadas as informações das unidades de registro de ambas as técnicas. Ao final do processo de categorização das entrevistas, surgiram 5 categorias e 14 subcategorias.

Vale salientar que, na medida em que as categorias e subcategorias iam sendo desveladas, direcionava o olhar para as demais informações advindas do TALP e das questões fechadas da entrevista, relacionando-as e correlacionando-as com intuito de utilizá-las para validação e enriquecimento da análise e, assim, compreender melhor o fenômeno.

O processo de exploração do material foi um processo lento, longo e cansativo, mas permeado por reflexões e entusiasmo ao ver as categorias se formando, se atraindo e deixando mostrar o fenômeno estudado.

O passo seguinte à formação das categorias e subcategorias foi sua validação. Para tanto, foi discutido com a orientadora e outros pesquisadores da área de enfermagem e da psicologia, se constituindo em uma forma valiosa para identificação de eventuais erros e, assim, poder corrigi-los, conforme orientado por Silva (2007).

Após validação pelos(as) pesquisadores(as), foi o momento de imersão da interpretação das categorias e subcategorias a partir dos discursos mais significativos que emergiram das falas das mulheres, interpretando de maneira qualitativa cada discurso com base na literatura sobre a temática, nos objetivos do estudo e na Teoria das Representações Sociais, constituindo, desse modo, a fase de **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**.

Concordo com Polit, Beck e Hungler (2004) ao afirmam que a análise de dados qualitativos é uma atividade intensiva, que exige do(a) pesquisador(a) criatividade, sensibilidade e trabalho árduo, pois ela não acontece de forma linear, mas de forma complexa e desafiadora, o que exigiu da pesquisadora grande responsabilidade no momento de transformar tudo o que me foi confiado em dados empíricos para serem sustentados teoricamente. Tal fato foi confirmado por Teixeira, Nitschke e Paiva (2008) ao refletirem sobre a análise de dados em pesquisa qualitativa a partir da experiência de uma das autoras ao utilizar o modelo proposto por Morse e Field em uma dissertação de mestrado.

O processo de análise das informações foi exaustivo, árduo, cansativo (físico e mental), mas permeado de criatividade, sensibilidade e satisfação de ver enfim, um conhecimento tomando forma, se objetivando e tornando-se familiar.

Apresento a seguir, na Figura 4 (página seguinte), o plano de análise temática, demonstrando como foram organizados as informações coletadas a partir do MCMM e da dinâmica interativa.

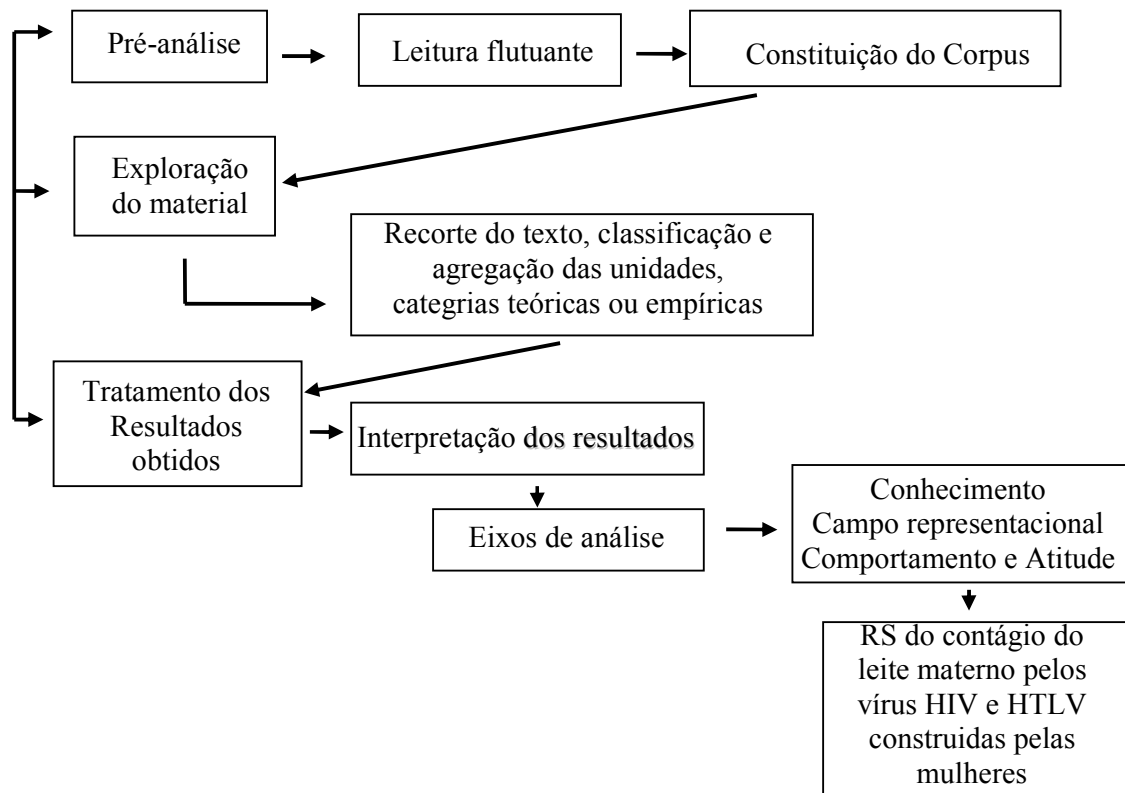


Figura 4 - Plano de Análise Temática adaptado de Veiga (2009)

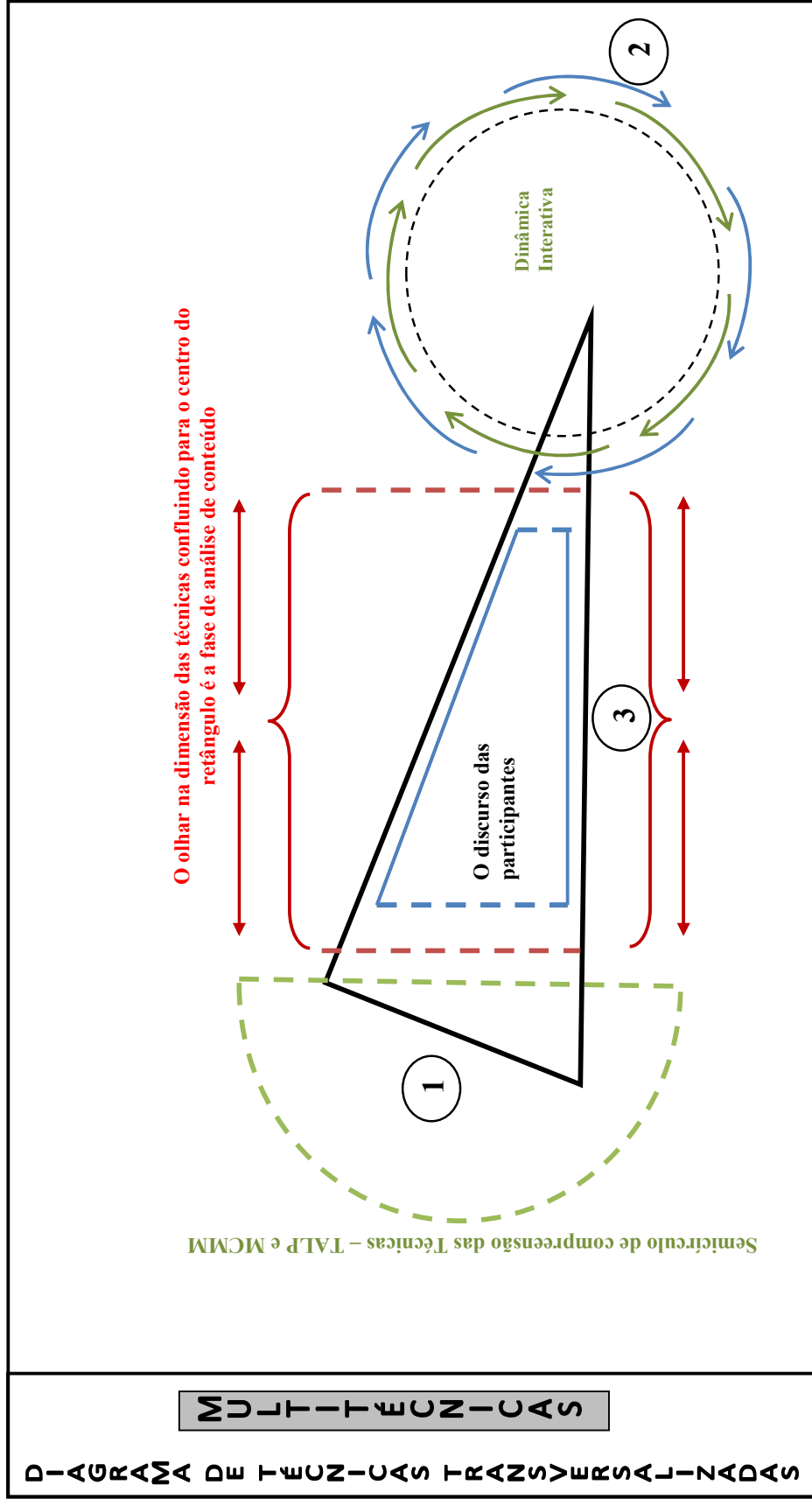


Figura 5 - Jogo geométrico do diagrama de multitécnicas transversalizadas

A Figura 5 apresenta a compreensão do jogo geométrico do diagrama de multitécnicas transversalizadas para conhecer/compreender/analisar as informações das participantes do estudo. Transversalizar significa imbricar as informações provenientes das três técnicas.

A figura aproxima-se de um triângulo retângulo, no qual de um lado, está a dinâmica interativa, representada em forma circular pontilhada para favorecer ao fluxo de entrada e saída de informações entre as técnicas, de modo a conferir validade às informações. No outro lado, está o semi-círculo de compreensão das técnicas TALP e MCMM. O centro compreende um retângulo com setas direcionadas para as técnicas (centro de confluência das técnicas da análise e interpretação dos dados). No centro do triângulo retângulo está a análise temática advinda dos discursos das mulheres informantes. O processo dinâmico de análise está dentro de um quadro de referência que permitiu conhecer, compreender e analisar as informações das participantes do estudo.

6 APRESENTAÇÃO INTERPRETATIVA DOS RESULTADOS

O que vejo reflete a imagem que traduz significado e dá significância a busca da compreensão do fenômeno estudado.

A apresentação das técnicas de coleta de informações é uma etapa da investigação científica que propicia ao(a) pesquisador(a) compartilhar com os pares o percurso da incansável busca pela compreensão do fenômeno estudado. Trata-se de um momento do estudo de refino e delicadeza na apresentação dos recursos utilizados estrategicamente no cenário da investigação, na tentativa de alcançar os objetivos propostos e seguir o direcionamento da análise e discussão das informações.

Neste capítulo será apresentado *a priori* o perfil sociodemográfico das mulheres que participaram e deram corpo e significado a este estudo. Seguir-se-á com a apresentação das técnicas projetivas utilizadas: TALP e MCMM; dinâmica interativa e, por fim, o quadro de categorias e subcategorias que finda este capítulo, ao tempo em que abre o próximo – análise e discussão das informações.

6.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DAS MULHERES

A partir da análise descritiva das informações, será apresentado e analisado o perfil sócio-demográfico das mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV e HTLV. Dessa forma, serão utilizadas tabelas e gráficos com medidas estatísticas tais como média, mediana, desvio padrão, entre outras.

A Tabela 1 apresenta a classificação das cento e noventa e oito mulheres que participaram da pesquisa distribuídas em grupos a partir da condição sorológica.

Tabela 1 - Classificação das mulheres entrevistadas segundo condição sorológica. Salvador - Bahia, 2009.

	Frequência	Percentual
Mulheres soropositivas HIV	70	35,4
Mulheres soronegativas	64	32,3
Mulheres soropositivas HTLV	64	32,3
Total	198	100,0

Conforme mostra a tabela acima, das cento e noventa e oito mulheres, setenta (35,36%) eram soropositivas para o HIV; sessenta e quatro mulheres eram soronegativas para os dois vírus, e sessenta e quatro (32,32%) eram mulheres soropositivas para o HTLV.

Tabela 2 - Medidas descritivas para a idade das mulheres entrevistadas. Salvador - Bahia, 2009.

Idade			
mulheres soropositivas HIV	N	70	
	Média	32,64	
	Mediana	32,00	
	Desvio padrão	8,348	
	Mínimo	18	
	Máximo	54	
	Quartis	25	26,00
		50	32,00
	75	37,00	
mulheres soronegativas	N	64	
	Média	27,27	
	Mediana	27,00	
	Desvio padrão	5,214	
	Mínimo	17	
	Máximo	38	
	Quartis	25	23,00
		50	27,00
	75	31,00	
mulheres soropositivas HTLV	N	64	
	Média	46,69	
	Mediana	46,50	
	Desvio padrão	13,888	
	Mínimo	22	
	Máximo	86	
	Quartis	25	38,00
		50	46,50
	75	56,00	

Esta tabela foi complementada pela figura 6 (página seguinte), que apresenta medidas descritivas para a idade das mulheres informantes do estudo, conforme o grupo de pertença.

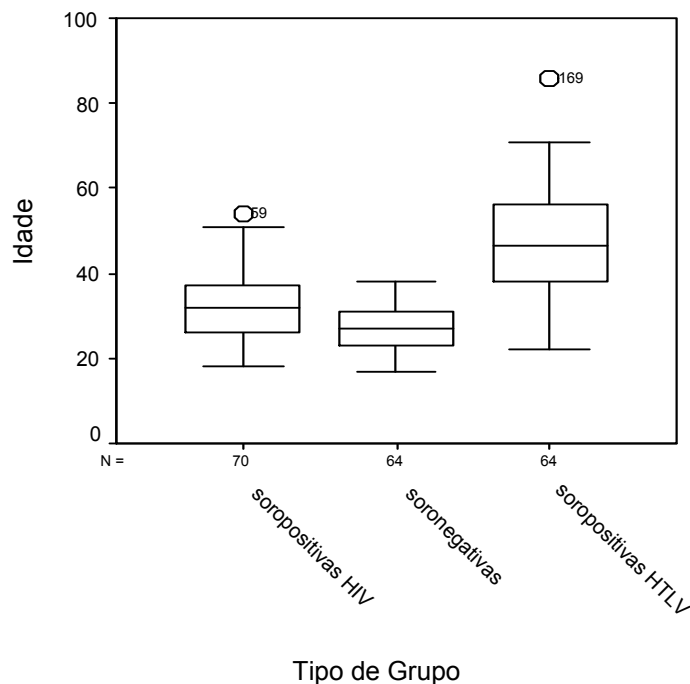


Figura 6 - Idade das mulheres entrevistadas. Salvador - Bahia, 2009.

Pode-se observar na tabela 2 as medidas descritivas para a idade das mulheres estudadas segundo os grupos de pertença. Verifica-se entre os três grupos que a idade média maior é de, aproximadamente, 47 anos para o grupo de mulheres soropositivas para o HTLV. A mediana das mulheres soropositivas para o HIV demonstra que elas têm idade até 32 anos, enquanto que as soropositivas para o HTLV têm idade até 47 anos, aproximadamente. Já para as soronegativas, observa-se que 50% têm idade até 27 anos. A maior idade entre os grupos de mulheres é para as soropositivas para o HTLV, e corresponde a 71 anos. Este grupo apresentou como valor extremo uma mulher de 86 anos. Na figura 6 (gráfico Box Plot - Desenho Esquemático) observam-se também algumas medidas estatísticas (mediana, 1º e 3º quartis, valores mínimo e máximo observados) da idade em cada grupo.

Outras características sociodemográficas apresentadas pelas entrevistadas apontam que a renda familiar mensal variou de zero a 6,02 salários mínimos⁴, situando-se entre de R\$ 54,00 (cinquenta e quatro reais) e R\$ 3.000,00 (três mil reais). Vale destacar que muitas mulheres conviviam com 5 a 6 pessoas no ambiente familiar. O desemprego atingiu,

⁴ O salário mínimo vigente durante o período da coleta de informações era de R\$ 415,00 (quatrocentos e quinze reais).

aproximadamente, 36% das mulheres, que referiram desempenhar somente o trabalho doméstico.

Entre as mulheres soropositivas para o HIV, a renda familiar mensal média foi de R\$ 636,68 (seiscentos e trinta e seis reais e sessenta e oito centavos), variando entre R\$ 60,00 (sessenta reais) e R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais). Para as soronegativas a média foi de R\$ 727,15 (setecentos e vinte e sete reais e quinze centavos), com renda mínima de R\$ 54,00 (cinquenta e quatro reais) e máxima de R\$ 2.000,00 (dois mil reais). Já para as soropositivas para o HTLV, estas cifras foram R\$ 782,38 (setecentos e oitenta e dois reais e trinta e oito centavos) a média, variando entre R\$ 140,00 (cento e quarenta reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais).

No que se refere à profissão, verificou-se que entre as mulheres SP HIV, treze (18,6%) trabalhavam como empregada doméstica; vinte e sete (38,6%) exerciam trabalho doméstico em seus próprios lares. As demais mulheres tinham como atividade profissional uma variedade de funções: comerciária, costureira, manicure, garçonne, agente de saúde e administrativa, artesã, dentre outras. Das setenta mulheres entrevistadas apenas três referiram ainda estar estudando.

Entre as mulheres SP HTLV, das 64 mulheres informantes do estudo, 21 (32,8%) encontravam-se afastadas do mercado de trabalho por estarem aposentadas ou por estarem percebendo a pensão do companheiro ou o auxílio-doença; 20 (31,3%) não possuíam atividade remunerada, uma vez que exerciam trabalho doméstico nas suas residências. No entanto, seis (9,4%) trabalhavam como empregada doméstica, e seis (9,4%) desempenhavam atividades com trabalho informal. As demais 11 (17,2%) desenvolviam atividades diversas como no grupo anterior.

Já entre as soronegativas, verificou-se que, das 64 mulheres, 24 (37,5%) tinham como ocupação o trabalho doméstico; 11 (17,2%) eram empregadas domésticas; e 9 (14,1%) exerciam como atividade remunerada o trabalho informal. As demais desenvolviam atividades diversas, semelhante às mulheres SP HIV e SP HTLV, e apenas duas informaram ainda estar estudando.

Percebe-se que grande número de mulheres exercia trabalho doméstico em suas próprias residências, perfazendo um total de setenta e uma mulheres, sendo este número mais elevado entre as mulheres SP HIV, seguido pelas mulheres soronegativas. Conforme constatado, entre as mulheres SP HTLV, a aposentadoria se configurou numa fonte de renda significativa para elas. Além disso, algumas mulheres encontravam-se percebendo o auxílio-doença e outras aguardando a liberação deste auxílio. No entanto, ainda existiam mulheres

que não conseguiram o auxílio-doença e viviam em condições desfavoráveis ao enfrentamento da doença.

Em relação ao nível de escolaridade, oitenta e duas referiram ter cursado o Ensino Fundamental Incompleto – EFI –, das quais trinta e três (47,1%) eram SP HIV, vinte e oito (43,8%) soronegativas e vinte e uma (32,8%) SP HTLV. Entre as que cursaram o Ensino Médio – EM – (cinquenta e três mulheres), quatorze (20%) eram SP HIV, quinze (23,4%) soronegativas e vinte e quatro (37,5%) SP HTLV. Nos extremos observa-se que dez mulheres não eram alfabetizadas, entre estas uma (1,4%) era SP HIV, duas (3,1%) eram soronegativas e sete (10,9%) eram SP HTLV. Apenas uma mulher SP HIV (1,4%) estava cursando o Ensino Superior, e duas (3,0%) mulheres SP HIV e SP HTLV já haviam concluído.

A educação como política pública no país ainda requer um aporte para que seja aumentado o número de anos cursados pela população em geral, dado que a escolarização é uma variável importante, pois ela facilita sobremaneira o acesso ao mercado de trabalho formal e, conseqüentemente, a ascensão social e a melhoria de vida da população.

No que diz respeito à religião, o Gráfico 1 apresenta a seguinte distribuição:

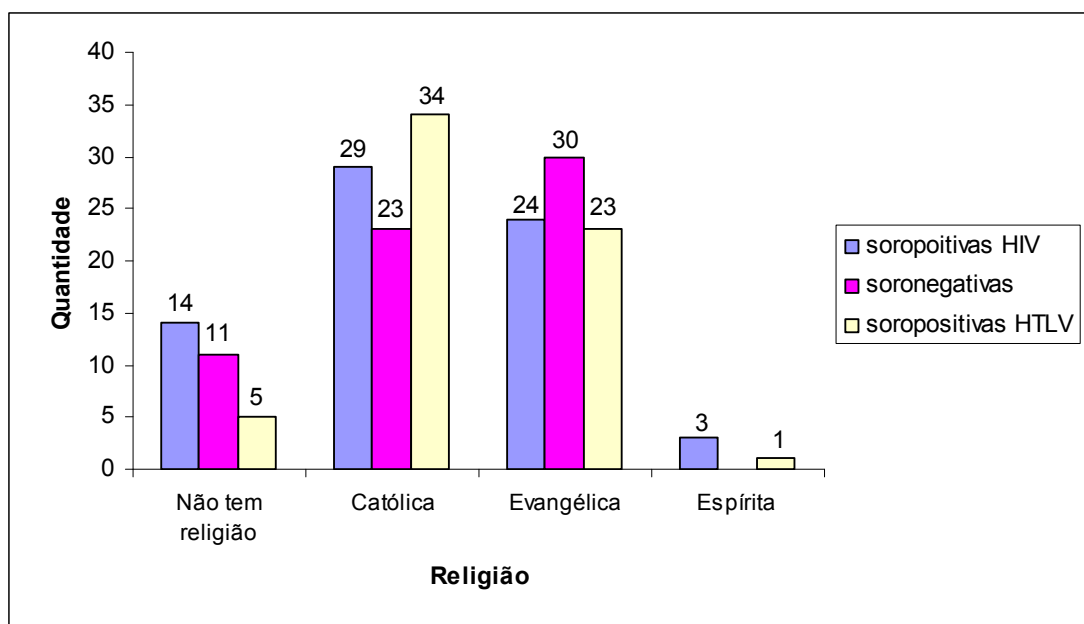


Gráfico 1 - Distribuição da religião das mulheres entrevistadas. Salvador-Bahia, 2009.

Para a classificação da raça/cor foi solicitado às mulheres participantes do estudo que se autodeclarassem, no momento em que lhes eram oferecidas as opções. O gráfico a seguir apresenta como resultados:

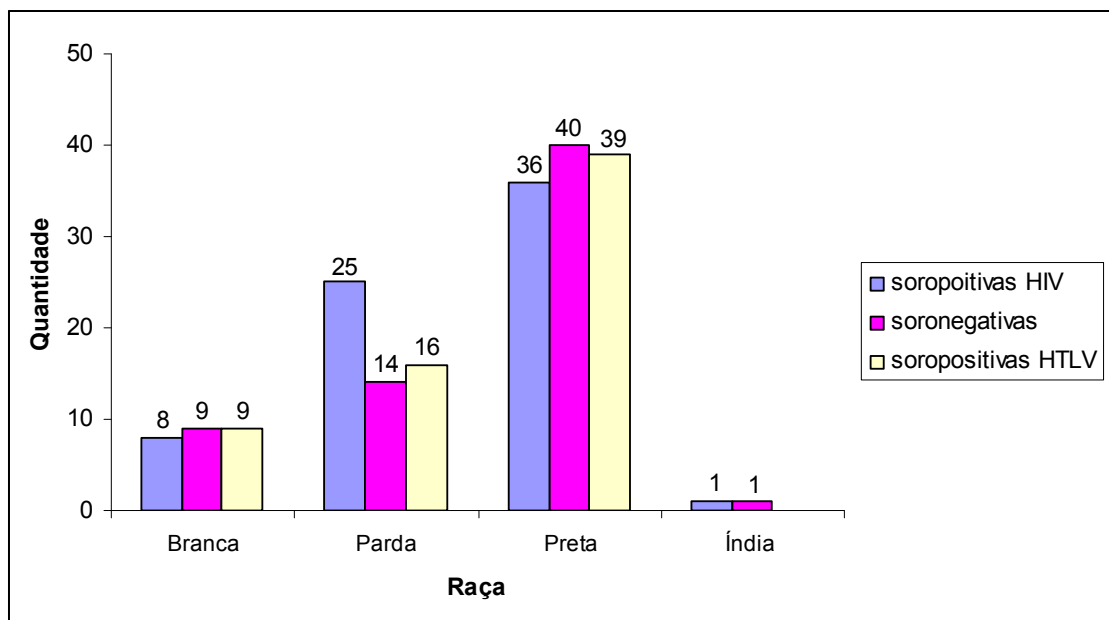


Gráfico 2 - Distribuição do quesito raça/cor autodeclarada das mulheres entrevistadas. Salvador – Bahia, 2009.

No que diz respeito à raça/cor, observou-se que cento e quinze mulheres se autodeclararam pertencentes à raça negra. Cinquenta e cinco (27,8%) se declararam de cor parda; vinte e seis (13,1%) se consideraram brancas; e duas (1%), indígenas. Nota-se que entre as mulheres que se autodeclararam pertencentes à raça negra, quarenta (20,2%) estavam entre as mulheres soronegativas.

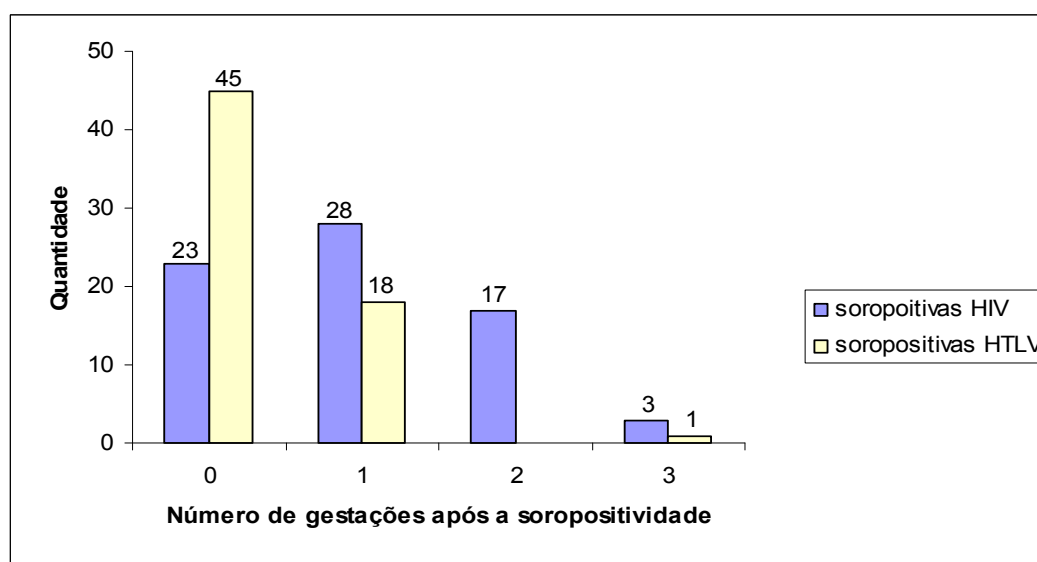
O conhecimento sobre a característica étnico/racial de uma população é um dado importante devido não só ao fato de existirem doenças relacionadas à etnia/raça, mas também pelo aumento de incidência decorrente da exclusão social dos grupos populacionais. Vale destacar a crescente incidência da infecção pelo vírus HIV em pessoas de cor negra no país nos últimos anos, em especial na Bahia. Sabe-se que existe uma grande proporção de indivíduos da raça negra no estado da Bahia e este é um dos fatores que poderia justificar o fato de este ser o estado de maior soroprevalência do HTLV.

O estado civil das mulheres informantes do estudo está descrito na Tabela 3, como se pode observar:

Tabela 3 - Distribuição do estado civil das mulheres entrevistadas. Salvador-Bahia, 2009.

		Tipo de Grupo			Total
		mulheres soropositivas HIV	mulheres soronegativas	mulheres soropositivas HTLV	
Estado Civil	solteira	16	10	17	43
		8,1%	5,1%	8,6%	21,7%
	casada	7	19	12	38
		3,5%	9,6%	6,1%	19,2%
	união consensual	35	34	17	86
	17,7%	17,2%	8,6%	43,4%	
	divorciada	6	1	6	13
		3,0%	,5%	3,0%	6,6%
	viúva	6		12	18
		3,0%		6,1%	9,1%
Total		70	64	64	198
		35,4%	32,3%	32,3%	100,0%

Ao longo das últimas décadas o conceito de família vem sendo ampliado, englobando os casais em união estável, o que foi reconhecido e outorgado a partir da Constituição de 1988. Os resultados deste estudo apontam para essa mudança social, visto que oitenta e seis mulheres (43,4%) afirmaram conviver em união consensual, enquanto que trinta e oito (19,2%) referiram ser casadas, quarenta e três (21,7%) estavam solteiras, treze mulheres (6,63%) estavam divorciadas ou separadas, e dezoito (9,1%) eram viúvas.

**Gráfico 3** - Distribuição do número de Gestações após a Soropositividade das mulheres entrevistadas. Salvador-Bahia, 2009.

No que se refere ao número de gestações, observa-se um intervalo que variou de 1 a 16 vezes, sendo que quarenta e duas (29,2%) mulheres já engravidaram pelo menos 2 (duas) vezes; trinta e nove (27,1%), 3 (três) vezes; e apenas sete mulheres (4,9%) engravidaram 1 vez. As demais mulheres, cinquenta e seis (48,7%) são consideradas multigestas, pois já haviam engravidado entre 4 a 16 vezes. Dentre as cento e quarenta e quatro mulheres, setenta e três (50,7%) haviam tido pelo menos um abortamento.

O perfil reprodutivo destas mulheres traduz-se de importância, pois as infecções pelos vírus HIV e HTLV, entre outras formas de transmissão, podem acometer o recém-nascido por via transplacentária, no parto e no puerpério, a partir do leite materno. Por esta razão, foi solicitado às entrevistadas soropositivas para esses vírus que informassem o número de gestações ocorridas após o diagnóstico (Gráfico 3). Vale destacar que o pré-natal tem possibilitado o conhecimento destas infecções, principalmente pelo HIV, dado que só recentemente a solicitação do HTLV tem integrado a rotina de exames do pré-natal no estado da Bahia.

O gráfico 3 retrata o número de gestações após a soropositividade das mulheres para os vírus HIV e HTLV. Percebe-se que as mulheres soropositivas engravidaram entre uma e três vezes após a soropositividade ou se descobriram soropositivas durante a gestação, parto ou puerpério. O maior percentual de mulheres cursou apenas uma gestação (vinte e oito SP HIV e dezoito SP HTLV). Entre as mulheres SP HIV, dezessete gestaram 2 vezes, e duas gestaram três vezes. Entre as mulheres SP HTLV, apenas uma engravidou três vezes.

O gráfico 4 apresenta as informações relativas à condição de amamentação das mulheres.

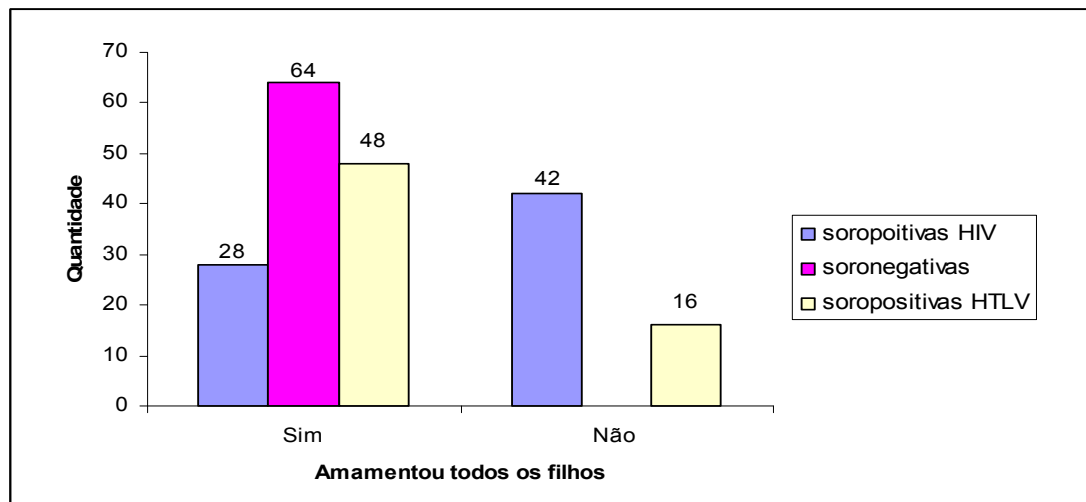


Gráfico 4 - Condição de amamentação em relação ao número total de filhos das mulheres entrevistadas. Salvador-Bahia, 2009.

Entre as mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV e HTLV, 140 amamentaram os(as) filhos(as). Entretanto, 42 SP HIV e 16 SP HTLV não amamentaram os filhos após a descoberta da soropositividade. Vale destacar, que as mulheres infectadas pelos vírus que referiram ter amamentado todos os seus(suas) filhos(as) o fizeram antes da soropositividade ou da possibilidade de conhecê-la.

6.2 TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Dado a natureza projetiva desta técnica, durante sua aplicação foi considerado importante observar a forma como as mulheres reagiram à estimulação provocada. Ao utilizar os estímulos leite materno e amamentação, pode-se perceber que, os olhos das mulheres brilhavam, elas sorriam, demonstrando envolvimento emocional satisfatório diante da palavra utilizada. Em seguida, ao pronunciar o estímulo não amamentação, as mulheres se expressavam de maneira mais exaltada, muitas delas, verbalizando palavras que determinavam que tal fato não poderia acontecer (especialmente as mulheres soronegativas), ou somente poderia acontecer em casos específicos e particulares (mulheres soropositivas para os vírus HIV e HTLV).

Seguindo-se a aplicação do TALP, quando verbalizados os estímulos HIV, aids, HTLV e contágio do leite materno, as expressões das mulheres se modificavam de tal forma como se uma ‘cortina de fumaça’ descesse sobre suas faces. Elas se tornavam tristes, cabisbaixas, em alguns momentos nem se olhavam nos olhos e, por vezes, choravam, principalmente as soropositivas.

As respostas obtidas através do TALP, resultantes das evocações aos estímulos indutores: **leite materno, amamentação, não-amamentação, HIV, aids, HTLV e contágio do leite materno** foram agrupadas de acordo com a frequência de repetição de palavras que se impunham como categorias, e incluídas as que tivessem a mesma similaridade semântica. Em seguida foram organizados os dicionários de respostas referentes a cada estímulo para serem submetidos ao processo estatístico de AFC, com a utilização do *software Tri-deux-Mots*.

Os resultados do processamento estatístico permitiram colocar em evidência a oposição de RS entre as mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV e HTLV sobre o contágio do leite materno por estes vírus. Para fins de análise e tratamento das informações obtidas foram consideradas as respostas tendo como referência a frequência igual

ou superior a 8 (oito) vezes repetidas e evocadas em relação a cada estímulo indutor, de modo a assegurar a validação estatística, considerando que foram evocadas 2.206 palavras pelas 120 mulheres constituintes da amostra, das quais 419 foram diferentes.

Para processamento dos dados pelo *Tri-deux-Mots*, foram utilizadas as seguintes variáveis fixas ou sociodemográficas: **condição sorológica, idade e escolaridade**. A AFC revelada no jogo de oposições demonstrou que as variáveis condição sorológica e idade apresentaram significância diante do percentual total das respostas. No entanto, a idade foi significativa apenas para o grupo de mulheres soropositivas para o vírus HTLV com idade de 40 e mais anos.

A análise das informações obtidas por meio do TALP permitiu representar graficamente (Figura 7) a atração entre as variáveis fixas (condição sorológica, idade) e as variáveis de opiniões (respostas das mulheres). Para efeito de processamento estatístico, foi elaborado um banco de dados organizado em colunas e linhas. Nas colunas estão introduzidas as variáveis sociodemográficas de cada sujeito, seguidas das respostas evocadas ou adjetivos dos mesmos respondentes, e que estão colocadas em linhas. Quando cruzadas no *Tri-Deux-Mots* revelam a dinâmica de atração e distanciamento entre as modalidades de respostas e características dos grupos.

A análise da figura 7 foi feita a partir da leitura das modalidades (palavras evocadas) distribuídas de maneira oposta sobre os eixos ou fatores (F1 e F2). Observando a figura 7, relativa ao gráfico pode-se observar que F1+ e F2+ revelam as representações das mulheres soronegativas, enquanto o F1- (fator 1 negativo) evidencia as respostas das mulheres soropositivas para o vírus HTLV com idade de 40 e mais anos. Já no F2- encontram-se as representações das mulheres soropositivas para o vírus HIV.

O mapa fatorial apresentado nesta figura é determinado pelas respostas mais frequentes e relevantes aos estímulos indutores. O fator 1 (F1), em vermelho, linha horizontal, traduz as mais fortes representações e explica 60,2% da variância total de respostas, valor a que foram somados o percentual de 24,6% relativos ao fator 2 (F2), em azul, linha vertical do gráfico, alcançando o estudo 84,8% da variância total das respostas.

As palavras em preto (condição sorológica e idade) referem-se às variáveis fixas que apresentaram significância diante do banco de dados processado. As demais palavras expressam as representações das mulheres entrevistadas e tiveram a sua cor definida (azul ou vermelho) de acordo com a contribuição para o fator (CPF) de modo que as palavras que apresentaram um maior índice de CPF para o eixo 1 receberam a cor vermelha, enquanto que aquelas que obtiveram CPF maior para o eixo 2 receberam a cor azul, e aquelas que

contribuíram para os dois fatores foram apresentadas com a mescla das duas cores (azul e vermelho).

É importante salientar que todas as palavras em azul ou vermelho são sucedidas de um número referente ao estímulo em questão, conforme demonstrado na legenda abaixo do gráfico.

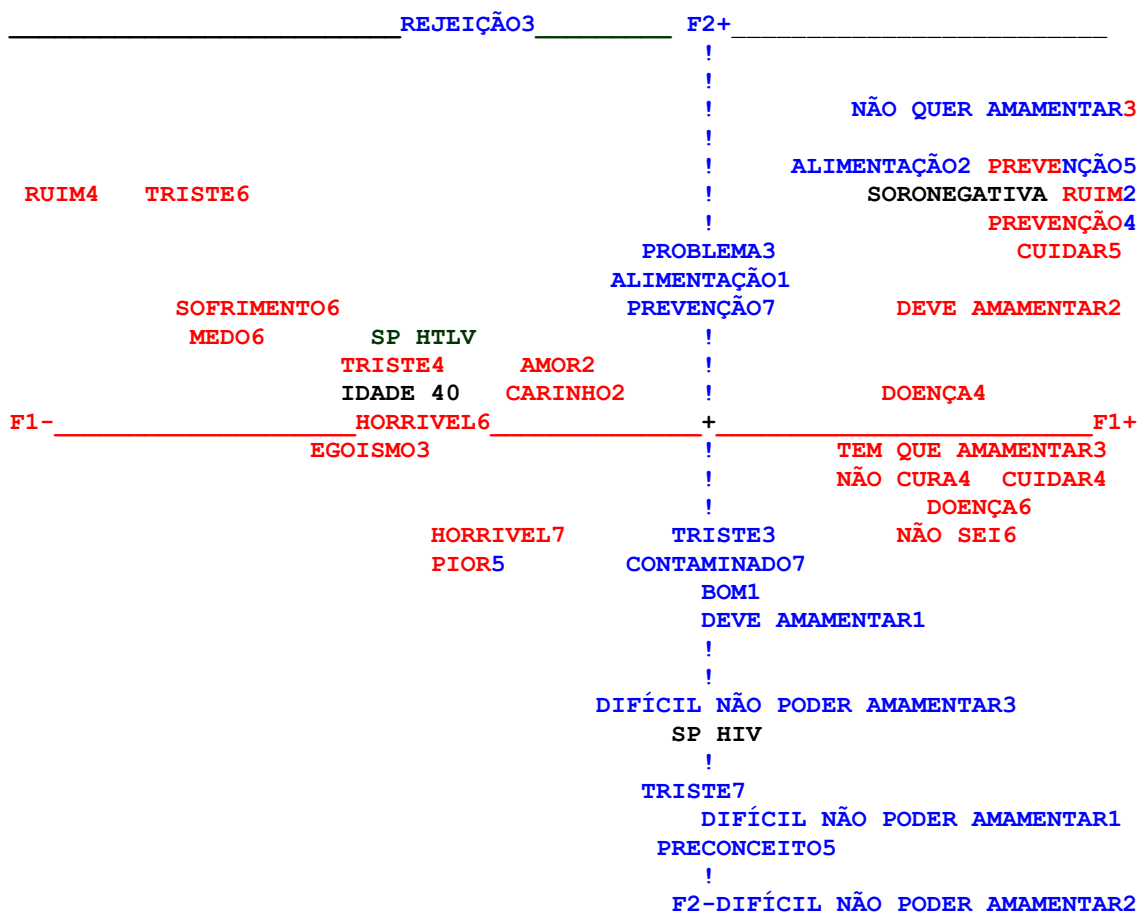


Figura 7 - Representação Gráfica dos Fatores 1 e 2. Salvador-Bahia, 2009.

LEGENDAS

Nº ESTÍMULO	1	2	3	4	5	6	7
ESTÍMULOS	Leite Materno	Amamentação	Não Amamentação	HIV	AIDS	HTLV	Contágio Leite Materno
F1+ F2+	Mulheres SORONEGATIVAS						
F1- F2-	Mulheres SOROPOSITIVAS HTLV/IDADE = e maior 40 ANOS						
F2-	Mulheres SOROPOSITIVAS HIV						

Para o primeiro fator (F1) evidenciou-se uma oposição entre a condição sorológica e idade, sendo destacadas as palavras da cor preta, evocadas pelas mulheres soronegativas (SORONEGATIVA) e pelas mulheres soropositivas para o HTLV com idade de 40 e mais anos (SP HTLV e IDADE 40). Assim, as evocações localizadas no lado direito do eixo das ordenadas, F1+, refletem os universos semânticos citados com maior frequência pelas mulheres soronegativas. Por outro lado, as palavras que se encontram no lado esquerdo, F1-, exprimem as evocações mais frequentes entre as mulheres soropositivas para o vírus HTLV com idades de 40 e mais anos.

Assim, apreendem-se, a partir das respostas expressas pelas mulheres soronegativas, as seguintes representações: **ruim e deve amamentar** (amamentação), **não quer amamentar e tem que amamentar** (não-amamentação), **doença, não cura, prevenção e cuidar** (HIV), **prevenção** (aids), **doença e não sei** (HTLV). Já para as mulheres soropositivas para o vírus HTLV com idade de 40 anos e mais anos, as representações foram: **amor e carinho** (amamentação), **egoísmo** (não-amamentação), **ruim e triste** (HIV), **pior** (aids), **horrível, medo, triste e sofrimento** (HTLV) e **horrível** (contágio do leite materno).

No que diz respeito ao F2 (linha vertical azul), o procedimento de análise baseou-se também na condição sorologia, já que para a AFC houve oposição entre as representações sociais de mulheres soropositivas para o HIV (SP HIV) e mulheres soronegativas (SORONEGATIVA).

As palavras localizadas na parte superior ao eixo das abscissas, F2+, referem-se às evocações de mulheres soronegativas e expressam as seguintes representações: **alimentação** (leite materno), **alimentação e ruim** (amamentação), **problema, rejeição e não quer amamentar** (não-amamentação), **prevenção** (HIV), **prevenção** (aids), **prevenção** (contágio do leite materno). As palavras situadas na extremidade inferior da linha horizontal, F2-, dizem respeito às evocações de mulheres soropositivas para o vírus HIV, representadas pelas seguintes palavras: **bom, deve amamentar, difícil não poder amamentar** (leite materno), **difícil não poder amamentar** (amamentação), **triste e difícil não poder amamentar** (não-amamentação), **preconceito e pior** (aids) **contaminado e triste** (contágio do leite materno).

Chama atenção o fato de que para o estímulo indutor 1 (leite materno), as mulheres soronegativas no eixo (F1+) e as mulheres soropositivas para o HTLV com idade de 40 e mais anos (F1-) não evocaram nenhuma palavra, havendo, no entanto, significância para as mulheres soropositivas para o HIV (F2-) e soronegativas (F2+). No que se refere ao estímulo 4 (HIV), nota-se que as mulheres soropositivas para o HIV (F2-) não evocaram nenhuma palavra.

Quanto ao estímulo 7 (contágio do leite materno), observa-se que não foram evocadas palavras significativas pelas mulheres soronegativas no eixo F1+. No que se refere ao estímulo 6 (HTLV), vê-se que não foram evocadas palavras significativas no eixo F2- para as mulheres soropositivas para o HIV, nem para as mulheres soronegativas.

a) O jogo de atrações e oposições entre as mulheres soronegativas e soropositivas para o vírus HTLV com idade de 40 e mais anos

Examinando a Figura 7, observa-se que aparece em oposição dois blocos de representações configurados sobre o F1. No eixo à esquerda (F1-), encontra-se o campo semântico das representações do contágio do leite materno, expressas no senso comum das mulheres soropositivas para o HTLV com idade de 40 e mais anos, em oposição à direita (F1+) das mulheres soronegativas, começando pelo conhecimento sobre o processo de amamentação, não-amamentação indo até o conhecimento sobre os vírus, com suas consequências ao organismo humano – o desenvolvimento das doenças, até chegar ao contágio do leite materno.

A discussão será dirigida a partir de cada estímulo indutor (leite materno, amamentação, não-amamentação, HIV, aids, HTLV, contágio do leite materno) a partir do que foi proferido pelas mulheres, respeitando a maneira coloquial empregada por elas.

Para o estímulo indutor **leite materno** não apareceu nenhuma palavra significativa nos campos semânticos das mulheres soronegativas e soropositivas.

Quando o estímulo foi **amamentação**, as mulheres soropositivas para o HTLV com idade de 40 e mais anos disseram que a **amamentação** é um ato de **amor**. É um momento em que a mãe se apega, dá amor e se une a(o) filha(o) ao aconchegá-la(o) junto a si. É também uma forma de expressar e fornecer **carinho** para a(o) filha(o), portanto, amamentar é um ato carinhoso.

Em contrapartida, **a amamentação** foi representada pelas soronegativas como uma “coisa” **ruim**, difícil, incômoda, diferente, estranha, que dá agonia e não é confortável, especialmente, quando a mãe não está acostumada e o bebê não é colocado na posição correta. Além disso, quando a mulher não tem o mamilo formado, o ato de sugar o peito, ocasiona ferimentos, provoca dor e irritação fazendo com que o bebê demore de pegar, o que leva a mulher a não gostar de amamentar.

Foram obtidas informações adicionais no decorrer da entrevista, e respostas evocadas no teste de associação livre, mas que tiveram frequência inferior a 8 (oito) vezes de repetição

e, que portanto, não foram estatisticamente significativas, mas que se constituíram em dados de grande relevância pela expressividade do conteúdo do sujeito que representa (soronegativas) e como as informações quantitativas encontram-se atreladas às qualitativas. Aqui a mulher soronegativa pode ter as duas opções de amamentar ou não, e “argumentar” o desconforto do ato, preferir preservar a estética, recusando-se, e priorizar a si mesma em detrimento do bebê.

Entretanto, toda mãe **deve amamentar** o bebê, é uma obrigação da mãe para a criança não morrer de fome e, portanto, ela deve amamentar até os seis meses de idade e, mesmo que o bebê não queira, tem que insistir, pois ele precisa do leite materno.

Observa-se entre as mulheres soronegativas a existência de um aparente jogo de contradições no que concerne à amamentação. Para estas mulheres, o ato de amamentar é permeado por dificuldades, no entanto, elas verbalizaram que todas as mulheres devem amamentar mesmo que elas não gostem, pois é preciso matar a fome da criança independente de a mãe querer ou não amamentar. Esse é um discurso de repetição e não de assimilação na prática, que tem como finalidade preservar uma imagem positiva de si mesma, quando confrontada a opinião pública ou estranha.

As respostas evocadas no teste de associação livre indicam que, intimamente, as soronegativas consideram que podem ter uma conduta de escolha pessoal (transgressão) face a esse discurso do correto em relação a preservação da saúde do bebê. A saúde da mãe lhe confere um poder de autonomia e de decisão que, necessariamente, não incorpora nem se deixa persuadir pelo que se encontra no domínio público, mas quando questionada, ela responde à expectativa social, dissociada do que mantém intimamente nas suas convicções pessoais. O público e o privado são conciliados para as soropositivas, na medida em que as contradições são ocultadas e mantidas sob sigilo pessoal.

A amamentação é divulgada nas campanhas publicitárias, nos serviços de saúde e nos lares como a melhor forma da mãe alimentar os(as) filhos(as) nos primeiros anos de vida, uma vez que o leite materno favorece ao crescimento e desenvolvimento da criança. Além disso, é associada à proteção, fortalecimento do vínculo mãe filho(a), especialmente pelo contato que o ato de amamentar proporciona para ambos, aumentando os laços afetivos e proporcionando amor materno (KLAUS; KENNEL, 1982).

Desse modo, a mulher incorporou e construiu no seu imaginário que ela é a responsável pela saúde da criança e, portanto, é sua obrigação alimentá-la com seu leite dado as propriedades que o mesmo contém. Assim, pensar em não amamentar porque não quer pode ser visto como uma forma de egoísmo pelas mulheres e de não estarem sendo mãe.

Para Nakano e Mamede (1999 p. 72)

a cobrança social à mulher para que amamente seus filhos tem se respaldado nas comprovações científicas que realçam o valor do leite materno no desenvolvimento bio-psico-social da criança, estando portanto, seu papel social definido por determinantes biológicos e concebido como parte da “natureza” da mulher.

A amamentação passou a ser vista como algo natural do ser mulher e a ela é cobrada a sua adesão e obrigatoriedade, como se o ato de amamentar fosse exclusivamente de sua responsabilidade e, o não amamentar porque não querem passa a ser visto de forma negativa na sociedade, mesmo entre as mulheres.

O dever amamentar permeia o cotidiano das mulheres, dado ao papel que é conferido ao leite materno na saúde das crianças. Os meios de comunicação, a família e os(as) profissionais de saúde enfatizam constantemente a importância do ato de amamentar, criando nas mulheres este sentido de obrigatoriedade e, quando elas não amamentam por vontade própria são acusadas de serem egoístas, como podemos constatar no universo semântico das soropositivas para o HTLV.

Por esta razão, as mulheres soronegativas encontram estratégias de defesa, afirmando e fazendo eco ao mesmo discurso para não serem objeto de exclusão e discriminação, embora transgridam essa prática quando evocam, não conscientemente, no TALP, que “**é ruim**”, “**dá agonia**”, “**incomoda**”, instrumento que revela os conteúdos latentes sem que o sujeito tenha conhecimento. Essa função do TALP – desvendar os diferentes conteúdos manifestos e latentes nos discursos dos sujeitos – permite captar o que poderia ser interpretado como uma contradição, e demonstrar a coerência da RS na verdade oculta pela trama do jogo privado versus público, latente versus manifesto.

Para as mulheres soropositivas para o HTLV, a **não-amamentação é egoísmo** da parte da mulher, pois não amamentar quando não pode é uma coisa, e não amamentar por estética é outra. Há mulheres que não têm o vírus e não amamentam, especialmente para o peito não cair ou porque não querem amamentar por terem preguiça.

Entre as soronegativas, a possibilidade da não-amamentação também surge no caso de a mulher **não querer amamentar**, seja por estética – para o seio não cair, ou porque não gostam, ou simplesmente porque não querem ou não tem interesse em amamentar ou não forçam. Mas, para algumas destas mulheres não amamentar é negar o alimento ao(a) filho(a), mesmo podendo amamentar.

Vê-se neste último parágrafo um jogo de atração entre as representações das soronegativas e soropositivas para o HTLV, especialmente no que concerne a não-

amamentação por egoísmo ou quando a mulher não quer amamentar. No entanto, o não querer amamentar para as soronegativas é visto como uma forma de negar o alimento ao(a) filho(a), trazendo à tona o sentimento de culpa por não amamentar, quando elas somente não querem.

No entanto, mesmo estando tal representação presente no senso comum das soronegativas, ela representa que as mulheres **têm que amamentar**, têm que sentir o gosto de poder alimentar uma criança com seu próprio leite. Para elas, quando uma mulher não amamenta é como se alguma coisa faltasse, pois amamentar é essencial e faz parte da gravidez e, portanto, é uma obrigação dela fornecer para o bebê um alimento rico em vitaminas, que tanto ele precisa, constituindo-se, portanto, uma necessidade da criança.

No encontro com as representações sobre os vírus, podemos observar que, para as soronegativas, o **HIV** é uma **doença** transmissível, grave, ruim, horrível, perigosa, que **não tem cura** e mata. Esta doença pode ser transmitida sexualmente de uma pessoa para outra. Sendo assim, é preciso ter cuidado e atenção e se **cuidar**, indo ao médico se suspeitar que esteja com a doença, ir ao ginecologista, fazer exame de sangue, fazer o teste para descobrir cedo, ainda na gravidez, para poder se cuidar e proteger a família. Desta forma, se previne e previne a contaminação de outras pessoas, quando faz o tratamento durante a gravidez para o bebê não nascer com o vírus; usando camisinha, mesmo sabendo que tem homem que não gosta e tendo um só parceiro. Então, é preciso **prevenção** e se **cuidar** para não ter risco.

Já no campo semântico das mulheres soropositivas para o HTLV, o **HIV** é uma doença **ruim** e **triste**, é muito triste, é um desgosto e uma tristeza. É uma doença chata, enjoada, ruim, mal, péssima que deixa a pessoa assustada, causa *stress* e repercute na falta de qualidade de vida.

As representações entre os dois grupos denotam o jogo de oposição entre eles. Enquanto o HIV é visto como uma doença ruim e triste para as soropositivas para o HTLV, para as soronegativas, além de ser uma doença, não tem cura e mata, requer prevenção e cuidado para não transmiti-la. Isto porque as soropositivas para o HTLV convivem com o vírus que, mesmo sendo diferente do HIV, fazem-nas vivenciar situações semelhantes às portadoras deste vírus, a exemplo do medo de desenvolver as doenças, do preconceito, da estigmatização, da solidão e de todas as dificuldades enfrentadas no que concerne às representações sociais da soropositividade para o HIV. Por outro lado, por não vivenciarem a soropositividade, as mulheres soronegativas apenas ancoraram o HIV na doença que precisa ser prevenida e cuidada para não transmitir, uma vez que esta não tem cura e causa a morte.

Deste modo, podemos perceber que tanto as soropositivas quanto as soronegativas visualizam a infecção pelo HIV como uma doença que não tem cura, que pode ser prevenida e

que a aids é a pior coisa que poderia existir no mundo, muito pior que ser somente soropositiva para o HIV. O que podemos observar ao analisar o estímulo **aids**, é que, para as soropositivas para o HTLV, a aids é **pior**. É uma doença maligna, terrível e deprimente, que ocasiona desespero e *stress* ao levar a pessoa ao fundo do poço, ao fim da carreira, ao fim do mundo e ao fim da vida.

Os estímulos HIV e aids são representados diferentemente numa escala de gravidade, na medida em que a aids é associada ao universo fantasmagórico, de poderes aterradores pela profundidade “fundo do poço” do que é marcado pela ausência limites, o infinito que desgoverna e impossibilita qualquer controle. A ideia de doença **maligna** possui conotação religiosa, vagamente associada ao demoníaco “fim do mundo”, os inocentes que foram tragados por essa “coisa” maligna. De tal forma que parece uma trajetória de quem transpõe as barreiras do limite humano e ingressa num mundo que não pertence mais à natureza humana “fim da vida”.

Entretanto, para as soronegativas, quando uma pessoa tem **aids**, deve procurar o médico para fazer exames de sangue, continuar fazendo o tratamento tomando os remédios, pois a aids dá chance de **cuidar** e de ser tratada. No entanto, a aids tem **prevenção**, e, para isso é preciso ter cuidado e atenção para evitar contaminar outras pessoas, é preciso usar preservativo, se proteger a partir de uma relação segura, sabendo com quem se envolve, pois quanto mais a pessoa se protege melhor.

Aqui se tem a oposição entre os dois grupos semelhantes ao ocorrido nas representações sobre o HIV. No universo do senso comum das soropositivas para o HTLV, as representações da Aids também assemelham-se às emoções descritas por elas ao experienciarem a soropositividade para o HTLV. Já, para as mulheres soronegativas, prevenir-se e cuidar-se são representações mais simbólicas, pois elas não vivenciam a soropositividade, emergindo do seu inconsciente a necessidade de prevenção e cuidado.

Vale destacar aqui um dos instrumentos mais importantes no que concerne a prevenção do HIV e conseqüentemente da aids – a utilização da camisinha. Das mulheres entrevistadas, apenas uma delas informou que não sabia que o HIV se prevenia mediante a utilização da camisinha. No entanto, aquelas que afirmaram utilizar a camisinha como forma de prevenção da infecção pelo HIV/aids referiram que somente o faziam algumas vezes, especialmente as mulheres soronegativas casadas ou que tinham somente um parceiro sexual, relatando que confiavam no parceiro e por isso não exigiam que eles usassem preservativo.

Aqui se percebe mais uma vez a contradição nas palavras (**prevenção e cuidar**) que foram evocadas pelas soronegativas, o que poderia ser classificado como um discurso

ancorado no que é socialmente estabelecido, numa representação que preserva a identidade social e oculta a identidade pessoal.

Com relação ao estímulo indutor **HTLV**, este foi representado pelas mulheres soropositivas para o HTLV, como uma coisa **horrível** e **triste** que elas não sabem explicar, é uma crueldade e para muitas pessoas é uma maldição, pois as deixam impossibilitadas e com medo. **Medo** de desenvolver outras doenças, medo da discriminação, medo de contaminar as pessoas e, especialmente, pavor por achar que poderia ter transmitido para os(as) filhos(as). Assim, é difícil aceitar o HTLV, pois ele causa **sofrimento**, dor e um sentimento de perda que somente quem está infectado sabe o que passa. Para elas o vírus muda a vida, causa destruição na vida das pessoas soropositivas, uma vez que elas não se divertem e sentem vontade de morrer logo para não ficar sofrendo, sendo preciso procurar um médico para amenizar o sofrimento.

Mas, para as soronegativas, O **HTLV** é outra **doença**. Doença? Pode ser uma doença venérea, pode ser a sífilis, “*só sei que é uma doença, qual tipo eu não sei!*”

Mais uma vez percebe-se o jogo de oposição entre os dois grupos de mulheres para este estímulo indutor, o que demonstra ser este um universo semântico desconhecido e “estranho” para as mulheres soronegativas e para o qual, ainda, não possuem representações elaboradas, uma vez que este é um vírus desconhecido entre a população.

Nota-se que foi expresso no campo semântico destas mulheres que, mesmo sabendo que se trata de uma doença, não sabem descrever de que tipo é, ao evocarem a palavra **não sei**. Assim, para elas, esta é uma doença desconhecida e confundida, muitas vezes com o HPV, com a sífilis, com o herpes ou outra doença qualquer transmissível e moralmente temerosa, representada como uma “maldição”, onde mais uma vez o poder das idéias religiosas se confunde e se sobrepõe ao da saúde/doença e da ciência e senso comum para explicar o desconhecido, o estranho e o ameaçador.

Vale destacar que a maioria das mulheres, exceto as mulheres HTLV positivas, quando ouvia a palavra HTLV, expressava em seus semblantes surpresa e perguntavam: *o que é isso? Essa eu não sei;* ou, *essa eu nunca ouvi falar;* ou ainda, *eu fiz o exame, mas não sei o que é.*

Constatou-se que não foi possível para as mulheres soronegativas darem sentido e significado ao vírus HTLV, uma vez que elas não podem representar o que não conhecem, não podem tornar familiar o que não se ancorou e, portanto, não podem objetivar o que não se tornou familiar. Existe apenas a germinação incipiente de associar o HTLV a um

microrganismo veiculador de doenças como a sífilis, ou a redução a um vírus, como forma de apropriação generalizada das demais doenças citadas como estímulos indutores no TALP.

Pode-se observar que as portadoras do HTLV também não têm uma representação do que seja esse vírus, mas inicia-se a formação da sua representação. Assim, o que é encontrado é uma associação a um vírus, a uma doença, a uma coisa horrível e triste, isto porque a maioria destas mulheres já estava vivenciando o aparecimento de doenças associadas ao HTLV, que ocasionava sofrimento e medo diante dos sintomas apresentados por elas, ou estavam vivenciando o preconceito por serem soropositivas para um vírus desconhecido, mas parecido com o HIV.

Assim, as mulheres soropositivas para o HTLV, associam o estranho (HTLV) a algo familiar para elas, o HIV, especialmente quando dizem que o HTLV é “irmão ou primo” do HIV, uma vez que elas não falam sobre as características ou formas explícitas dele como já fazem as pessoas quando se referem ao HIV. Nota-se que as palavras evocadas por elas denotam apenas os sentimentos diante da sintomatologia apresentada e não a partir do significado do vírus. Portanto, pode-se afirmar que não existem representações sociais sobre o vírus HTLV, existe apenas, uma germinação, uma incipiente ideia sem a concretude exigida pela objetivação da RS, nem significação que possibilite a ancoragem do saber sobre o HTLV.

E, ao percorrer o caminho trilhado desde o processo de amamentação até o **contágio do leite materno** pelos vírus, observa-se que no campo semântico das mulheres soropositivas para o HTLV, este foi representado como sendo **horrível**, ao passo que nenhuma palavra sobre este estímulo foi evocada no campo semântico das mulheres soronegativas.

Mais uma vez destaca-se que a palavra *horrível* surge no campo semântico das mulheres soropositivas para o HTLV como algo vago, sem características, sem formato, sem familiarização, sem ser ancorado, assim, sem representação. E, se para as soropositivas para o HTLV que vivenciam a soropositividade para este vírus não apareceram palavras que denotassem uma representação de algo familiar, para as soronegativas ela nem despontou, pois além de ser este um vírus desconhecido para elas, não imaginam o que seria o leite materno contaminado por algo que elas desconhecem.

b) O jogo de atrações e oposições entre as mulheres soronegativas e soropositivas para o vírus HIV

Seguindo o mesmo raciocínio anterior, será discutido agora, a partir da figura 2, o jogo de atração e oposição entre os dois blocos de representações configurados sobre o eixo F2. Neste eixo, destacamos na parte superior (F2+) o campo semântico da representação do contágio do leite materno, expresso no senso comum das mulheres soronegativas, em oposição à parte inferior (F2-) das mulheres soropositivas para o vírus HIV.

Ao analisarmos o primeiro estímulo – leite materno – observamos que para as soronegativas que se encontram no eixo F2+, o **leite materno** foi representando como uma **alimentação** necessária que nutre e alimenta com segurança a criança, pois o leite é um alimento perfeito e certo. É uma forma de alimentar da mãe para a criança, “*mas depende da mãe se alimentar bem*”.

Essa última representação aparece como uma pista de conduta defensiva classificada como racionalização pela psicanálise, que consiste no procedimento que o sujeito “procura dar uma explicação coerente, do ponto de vista lógico, ou aceitável, do ponto de vista moral, à uma atitude, uma idéia, um sentimento, entre outros, cujos verdadeiros motivos não são percebidos” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988).

A racionalização é uma conduta muito comum, presente tanto no pensamento normal como nos delírios. É uma forma de dissimular ou camuflar elementos em conflito. Argumentar que o leite materno é o “alimento perfeito e certo” para a “mãe que se alimenta bem”, mas que é justificável a não-amamentação se a mãe estiver subnutrida. Mais uma vez evidencia-se aqui o conteúdo latente das soronegativas que, pelo fato de serem sadias e se recusarem a amamentar, racionalizam esse conflito buscando explicações lógicas e moralmente aceitáveis sem se revelarem como protagonistas de tal transgressão. São essas armadilhas que devem ser desvendadas na construção do pensamento científico para se atingir a verdade e não se tornar crédulo às evidências universais.

Já para as mulheres soropositivas para o vírus HIV, o **leite materno é bom**, é tudo de bom para a saúde da criança, fortalece os dentes e os ossos. É a melhor forma de alimentar uma criança e é bom amamentar o filho até 2 a 3 anos de idade. Assim, para elas é **difícil não poder amamentar**, é triste, é uma pena porque não deram mama e, se pudessem, elas dariam, pois seria tão bom amamentar uma vez que o leite materno é necessário para a criança e a mãe **deve amamentar** até seis meses.

Estas representações se ancoram no conhecimento produzido pelo tema, que é amplamente divulgado pela mídia e reforçado a partir das práticas educativas e do saber prático das mulheres apreendido em suas vidas cotidianas. O grupo de mulheres soronegativas foi constituído, em sua maioria, por gestantes que estavam vivenciando o ciclo reprodutivo, onde o tema central de discussões se baseou nos cuidados que devem ser fornecidos aos recém-nascidos e, para elas, o ato de alimentar a criança torna-se uma preocupação iminente.

Além disso, torna-se difícil para as mulheres duvidarem da superioridade do leite materno como alimento saudável, completo, que protege seu(sua) filho(a) de doenças e, portanto, um leite adequado para a saúde do(da) mesmo(a). Esta divulgação é feita através de gerações, dos profissionais de saúde, dos amigos, da mídia e dos meios científicos, uma vez que a superioridade em relação à alimentação artificial é comprovada cientificamente e tem contribuído com a redução da morbimortalidade infantil.

No que se refere à **amamentação**, para as mulheres soronegativas, ela é uma **alimentação**, ou seja, a forma utilizada por elas para alimentar o(a) filho(a) de maneira segura, pois é adequada e mata a fome da criança. No entanto, pode ser considerada uma “coisa” **ruim**, conforme já descrito.

Já para as soropositivas para o HIV, quando ouviram o estímulo **amamentação**, surgiu no campo semântico destas mulheres a frase é **difícil não poder amamentar**, descrito pelas mesmas como uma sensação de tristeza, demonstrando o sufoco e sofrimento quando não se pode amamentar, pois o peito enche e elas não vão amamentar, mesmo tendo vontade e sabendo que seria uma experiência maravilhosa, mas como não podem deverão esquecer e se conformar, porém reconhecem que é **difícil não poder amamentar**, especialmente, para quem nunca amamentou.

Assim, para as mulheres soropositivas para o HIV, a **não-amamentação** é muito **triste** e causa na maioria das mulheres que não podem amamentar uma tristeza e uma sensação de derrota e, portanto, mais uma vez é **difícil não poder amamentar**.

Se por um lado é ruim amamentar para as mulheres soronegativas, devido aos problemas que podem surgir, principalmente no que se refere aos problemas com o mamilo (fissuras e dor), para as soropositivas para o HIV, é difícil não poder amamentar, uma vez que o não amamentar também ocasiona problemas na mama: “peito enche e a gente não pode dar”, “peito enche, dói e dá febre”,

As mulheres soropositivas não podem e não devem amamentar, entretanto se defrontam com os mecanismos fisiológicos de produção do leite que continuam funcionando, sendo necessária uma intervenção farmacológica e mecânica para que este leite seque. Além

disso, se confrontam com o processo de construção social da amamentação, experienciado ao longo de suas vidas. Enfrentar tudo isso não é tarefa fácil para as mulheres que precisam conviver com a não-amamentação.

A tristeza esteve presente no cotidiano das mulheres soropositivas para o HIV, pois elas vivenciaram a impossibilidade de amamentar os(as) filhos(as), gerando também sofrimento. Para elas, foi triste ver alguém amamentar e não poder fazer o mesmo, principalmente quando essa mulher amamentou os outros filhos. Foi triste ainda enfrentar o fracasso de não poder nutrir o(a) filho(a) com o seu leite e assim contribuir para o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A tristeza é um “estado afetivo duradouro em que a consciência se vê invadida por um doloroso sentimento de insatisfação, sendo acompanhada de uma ideia de desvalorização da existência e do real” (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2006, p. 271). Assim, o sentimento de tristeza pode ocorrer em consequência da ideia de desvalorização como mulher que se encontra impossibilitada de realizar um ato tido como natural pela sociedade e, fonte de poder para quem o pratica.

Santos (2004) identificou que o sentimento de tristeza permeava o imaginário das mulheres soropositivas para o HIV que participaram do seu estudo, sendo que esse sentimento vinha da dor que sentiam ao se verem privadas do ato de amamentar, sentimento esse intensificado quando a mulher tinha consciência e reconhecia as vantagens da amamentação e a superioridade do leite materno.

Uma das mulheres soropositivas para o HIV, que não amamentou por causa da soropositividade, relatou que ela procurou evitar ver outras mulheres amamentando, e isso a ajudou a diminuir o sentimento de inutilidade por não estar amamentando o filho. Outra mulher soropositiva, gestante do seu segundo filho, informou que se utilizaria da mesma estratégia, pois assim não sentiria tanto o não amamentar.

Já para as mulheres soronegativas, a **não-amamentação** somente é permitida quando a mulher tem algum **problema**, seja no peito ou algum motivo que as leva a não conseguir amamentar, mesmo tendo leite. Por outro lado, justifica-se, também, quando não podem ou não conseguem, mesmo desejando amamentar o(a) filho(a). Outra forma que é permitido o não amamentar pelas mulheres soronegativas é quando ocorre **rejeição** por parte bebê, seja porque ele não quer ou não consegue pegar o peito para se alimentar.

Percebe-se aqui que essas representações encontram-se no âmbito do manifesto, pois o conteúdo latente contradiz esse discurso e as mulheres fazem uso de condutas defensivas de racionalização, podendo-se inferir que, necessariamente, elas não amamentariam.

Surgiu ainda entre as soronegativas a possibilidade da não-amamentação, no caso de outras mulheres que **não querem amamentar**, seja por estética, para o seio não cair; porque não gostam de dar o peito; ou, simplesmente, porque não querem ou não têm interesse de amamentar, ou não forçam o bebê a mamar. Mas, para algumas mulheres, não amamentar, mesmo podendo, é negar o alimento ao filho. Os exemplos referentes a **outras** mulheres servem como ocultação do referir-se a si mesmas.

Mais uma vez vale destacar a influência da vivência das mulheres soropositivas para o HIV na formação das representações sociais sobre a não-amamentação, a qual foi permeada por tristeza e dificuldades diante do não poder e não dever amamentar, mesmo quando elas querem amamentar. Em oposição estão as representações das mulheres soronegativas que podem amamentar, mas não amamentam porque não querem, porque o filho rejeitou ou por algum problema não tão sério como a soropositividade para o vírus HIV.

Para as mulheres soronegativas, o vírus **HIV** é algo que precisa de **prevenção**, assim as pessoas têm que ter consciência, se prevenir e prevenir a família, pois quando descoberto no início tem como protegê-la. Assim, é importante fazer o exame na gravidez e se for positivo é necessário fazer o tratamento para o bebê não nascer com o vírus. É preciso ainda ter um só parceiro e usar camisinha para se prevenir, mesmo que o homem não goste. No entanto, para as soropositivas para o HIV, nenhuma palavra significativa foi evocada para este estímulo.

No que se refere ao estímulo **aids**, para as mulheres soronegativas, a mulher tem que se prevenir e prevenir a família, ter cuidado, ter atenção, usar camisinha e ter uma relação segura e, acima de tudo, saber com quem se envolve, não contaminar outras pessoas inocentes. Assim, a **prevenção** é o melhor caminho para não contrair a doença. Além disso, quando se tem **aids**, é preciso **cuidar**, pois esta é uma doença que tem chance de se cuidar quando se toma remédios. Portanto, é preciso procurar o médico e fazer exames.

Mas, para grupo de mulheres soropositivas para o HIV, a **aids** é uma doença permeada pelo **preconceito**, que é **pio**r do que ser soropositiva. Ela causa afastamento dos amigos, desprezo e faz as pessoas soropositivas se considerarem inferiores às outras pessoas, pois quando chegam em algum lugar são discriminadas e sentem-se como criminosas.

O preconceito é vivenciado dentro dos lares, nos serviços de saúde, nos ambientes de circulação pública. Para as pessoas soropositivas para o vírus HIV, torna-se necessário esconder a sua condição de soropositividade, pois a infecção por este vírus afasta as pessoas, inclusive os amigos e até mesmo os familiares, ainda mais quando já desenvolveu a **aids**.

Para estas mulheres, ter aids é ruim, é pior que o vírus. Pior ainda, porque já vem com a doença, com o agravo, é uma peste, é um estágio decadente.

Para as mulheres soronegativas, quando a mãe é soropositiva ocorre o **contágio do leite materno**. Mas, ela tem que se cuidar, receber cuidados médicos e fazer exames na criança, como forma de **prevenção** para impedir que ela o contamine ao receber o leite materno. Estas representações encontram-se em similitude com as evocadas pelas soropositivas para o HIV, uma vez que o **contágio do leite materno** significa que a mãe está contaminada, pois é a mesma contaminação do sangue. Então, é um leite **contaminado** e infectado que não serve para nenhuma criança e, portanto, elas não podem amamentar.

Entretanto, o não amamentar para as mulheres soropositivas para o HIV representa tristeza, pois elas ficam muito **tristes** e infelizes porque não vão poder amamentar os(as) filhos(as) com o leite materno, portanto, é **difícil não poder amamentar** o(a) filho(a) com o próprio leite.

Mas, mesmo sendo o leite materno o melhor alimento para a saúde da criança, se ele está contaminado, não serve! É um leite que não presta para o bebê, não serve para nada e nem para ninguém. Então, é melhor desprezar, jogar fora e fazer com que ele seque logo, se possível, ainda no hospital, para que as mulheres não se sintam tentadas a oferecer ao(a) filho(a) o leite contaminado.

O gráfico evidencia as relações entre membros de cada grupo, concomitantemente delimitando os espaços de pertencimento e de distanciamento em relação aos outros, numa demarcação de territórios excludentes para o estranho. Assim, os três grupos (Soronegativas, SP HIV e SP HTLV) encontram-se unidos e ao mesmo tempo em oposição conforme as respectivas categorias. O grupo das SP HTLV esbanja evocações sobre o estímulo HTLV (*triste, sofrimento, medo e horrível*) que o identifica, entretanto é excessivamente econômico nas respostas sobre os outros estímulos, particularmente HIV e AIDS. Sintomaticamente, o grupo das SP HIV, comporta-se em total mutismo quanto ao estímulo que marca sua identidade (HIV), e quase emudecido quanto ao estímulo AIDS, deixando escapar fragilmente as respostas *pior e preconceito*. O emudecer é a evidência mais reveladora de conteúdos afetivos de angústia, que se encontram no nível latente, cuidadosamente preservados longe da consciência para evitar o rememorar do que é doloroso.

Diferentemente dos dois grupos anteriormente descritos, o grupo das soronegativas, posicionado à distância daqueles, não manifestam nenhuma precaução em se posicionar sobre os estímulos geradores de conflitos (HIV, AIDS, HTLV): HIV (*doença, cuidar, prevenção, não tem cura*); AIDS (*cuidar, prevenção*) e HTLV é francamente afirmado que *não sabe o*

que é, ou simplesmente acham que é uma *doença*. Esse é o único grupo que, através do tratamento estatístico, não evidencia qualquer suscetibilidade em ser afetado nem se mostrou vulnerável emocionalmente diante das questões que lhe foram colocadas sobre o objeto de pesquisa.

6.3 A TÉCNICA DO MANUSEIO COM MASSA DE MODELAR

Neste tópico serão apresentadas as figuras modeladas, criadas pela amostra de 30 mulheres que utilizaram a técnica do manuseio com massa de modelar, fotografadas pela pesquisadora para apresentação do trabalho. Foi solicitado a cada mulher, individualmente, que modelasse o que lhe viesse à mente quando pensava sobre o significado do contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV. Cada figura possui um título que foi atribuído pela autora da modelagem quando interrogada sobre o que ela havia modelado na massa. São também numeradas por ordem crescente à medida em que aparecem nos grupos categorizados. As modelagens foram agrupadas em categorias por semelhanças de figuras e identificadas por grupo de pertença (SN, SP HIV, SP HTLV). As análises fundamentam-se sobre três níveis de interpretação: nível figurativo, nível das estruturas formais e o nível do conteúdo.

BICHO: A perda da condição humana

Entre as mulheres soronegativas e soropositivas para o HTLV, foram modeladas, predominantemente, figuras de bicho, todas com conteúdo de valoração negativa. A identificação do bicho com animais socialmente considerados “asquerosos” ou “nojentos”, como a mosca e a cobra, sendo a última explicitada pela sua característica de periculosidade como emissora de “veneno” que é destilado, inutilizando o leite materno, o qual se torna um alimento maligno e venenoso para o(a) filho(a). No caso da mosca, por sua capacidade transmissora de doenças, ela adentra o campo metafórico das mulheres comparando-se pela possibilidade de transmitir pelo leite sua infecção ao(a) filho(a).

Com a utilização do microscópio ocorreu uma compreensão mais precisa de que as doenças são causadas por organismos específicos, identificáveis e visíveis às lentes deste aparelho, mas que podem ser transportados para um papel através de uma imagem (SONTAG, 2007). Assim, a partir da divulgação dessas imagens pela mídia, as metáforas ganharam

precisão, especialmente as relacionada à aids. Porém, desenvolveu-se o medo que permeia o imaginário social e diz respeito à ameaça de invasão dos vírus como um agente infeccioso que vem de fora, e se fixa em caráter permanente no corpo dos seres humanos. As figuras 01 e 02 expressam essas metáforas:

Figura 01 - Representação figurativa de um bicho - Mosca



Porque é uma coisa (pausa) eu quero falar que é em relação a (pausa), eu pensei num bicho porque é uma coisa nojenta, é uma mosca que eu tentei desenhar. É muito ruim a pessoa ter um leite contaminado, é uma coisa ruim. Eu penso que o leite materno com o vírus é contaminado, é uma coisa que não serve para nada, que não tem utilidade nenhuma, ao contrário é arriscado contaminar uma criança que a mãe não esteja ciente do problema que tem de saúde (MULHER SP HTLV 3, 65 anos, amamentou os 4 filhos por um período de dias).

Figura 02 - Representação figurativa de um bicho - Cobra venenosa



Uma cobra venenosa. É um bicho, assim, asqueroso. Eu penso que é um leite mal assim, maligno (pausa), principalmente é um veneno, um veneno, não é. A mãe não deve amamentar, porque o leite é venenoso, asqueroso, Deus me livre (MULHER SP HTLV 2, 71 anos, amamentou os 4 filhos em media 10 meses).

A objetivação do vírus se manifesta, também, na forma de um bicho inespecífico, com significação de horror, descrevendo o percurso da contaminação do leite materno, como demonstram as figuras 03 e 04:

Figura 03 - Representação figurativa de um bicho



Eu modelei um bicho. É um vírus, não é, tem vida, mas não tem retorno. É um vírus feio, horrroso! Pois é, é um vírus feio como todos podem ver. É um vírus sem retorno. Porque sem retorno? Porque leva a morte e não proporciona ao bebê uma boa alimentação, que é o nosso leite materno. Eu penso que não é o leite em si que é horrroso. O que eu penso é o vírus que é um bicho. O leite contaminado é um leite estragado e que não pode ser ingerido pelo bebê (GESTANTE SN 1, 27 anos, amamentou o primeiro filho por 2 anos e o segundo por 1 mês).

Figura 04 - Representação figurativa de um bicho



Eu modelei um bicho, uma coisa muito feia, muito ruim. O leite materno contaminado para mim é uma coisa muito horrível, tem que ser logo eliminado para as mães não se empolgarem e dar a mama aos seus filhos. Porque às vezes vem para casa com leite, ela tem aquela vontade de dar mama aos seus filhos, ela vai querer dar pegar e dar (amamentar). Então tem que ser eliminado logo no hospital. No meu caso, quando eu cheguei em casa não tinha leite mais nenhum. Porque sabe mãe como é, vai querer amamentar seu filho. Tem gente que pensa até que não vai pegar, tanto que imagina. Então, assim que sair do hospital, na minha opinião, tem que ser logo eliminado, tem que dar um jeito de ela ir para casa sem nenhuma gota de leite, porque é uma coisa muito horrível, é muito triste (MULHER SP HTLV 1, 43 anos, não amamentou o filho devido a sua condição de soropositiva).

Nesta categoria a representação transpõe o mundo palpável, vasculhando os lugares mentais fantasmagóricos e ocultos, manifestando-se como monstros aterrorizantes presentes nos pesadelos e que, em última instância, representam o medo da morte.

Os vírus foram objetivados nas figuras de monstros, permitindo a assimilação do não-familiar ou do estranho, e tornando a realidade visível (modelagem de monstros), o que é impalpável (vírus/doença/contaminação do leite). Assim, os objetos modelados remetem ao aterrorizante, verbalizado pela analogia com filmes de terror. Os adjetivos procuram apreender os vírus HIV e HTLV na concretude do objeto, na sua qualidade icônica.

Figura 05 - Representação figurativa de um monstro



*É um monstro. Não tem como definir, é uma coisa bem feia. Pensei em um bicho cheio de pernas e de braços, que mete medo. Só de pensar dá medo. Eu vejo o leite assim, ele é contaminado. Se ele está contaminado vai amamentar, o **monstro**, como se diz, está matando a outra vida. Eu acho que quando uma mãe não amamenta, deve ser horrível, deve se sentir inútil ver outras mães amamentando e saber que não pode amamentar a criança (GESTANTE SN 3, 30 anos, amamentou o primeiro filho por treze meses e o segundo por 20 meses).*

Figura 06 - Representação figurativa de um bicho



*Eu desenhei um bicho, assim demonstrando o vírus, uma doença, que para mim é um bicho que não tem cura. A possibilidade de ser curado só Jesus mesmo, só Deus. Para mim o leite materno é saudável e bom e se todas as mães bem soubessem amamentavam até os dois anos de idade, porém quando o leite tem o vírus não serve, é ruim, é mal, é como se fosse um bicho mesmo, não presta mesmo para ninguém, que é contagioso mesmo, é ruim mesmo. É **aterrorizante**. Já assistiu um filme de terror? De Fred, de Sexta feira 13? Hora do pesadelo? **É um monstro mesmo**. Eu modelei um bicho em forma de pessoa, porque geralmente segundo as pessoas falam que um bicho é como se fosse uma pessoa.*

*Porém, é um vírus. Eu gosto muito de filme científico, que eles fazem experiências com as pessoas, então eles põem o vírus naquela pessoa e aquela pessoa vira um bicho. Para mim é um bicho transformado numa pessoa. Mas a gente não vê é invisível. Gostei muito de ter participado e espero que você não se **assombre** com meu bicho (GESTANTE SN 2, 31 anos, amamentou somente 2 dos 3 filhos, o primeiro por um mês e o segundo por 13 meses).*

O monstro também é materializado à semelhança de uma figura humana, como mostra a modelagem acima (Figura 06). Todas as partes do corpo encontram-se deformadas, a cabeça com tamanho desproporcional em relação ao corpo, o rosto com olhos lembrando uma caveira e o lugar da boca rasgado formando um conjunto visual da face como monstro devorador. Um dos pés em posição inversa ao modelo humano, e o que corresponderia à mão esquerda foi modelado outro tipo de deformidade sem o formato dos dedos.

Todas as representações fantasmagóricas de bicho (variando do vírus ao monstro) possuem uma significação de destituição da condição humana, na medida em que há uma mudança de natureza do ser, que deixa de ser humano para ser representado como bicho. Os atributos humanos são substituídos por características animais, e até mesmo metafísicas, presentes nos fantasmas dos monstros. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Jodelet (2005) e Giami (2004), sobre a loucura e deficientes mentais, respectivamente, nos quais eles estão representados como animal.

FIGURA HUMANA: Crime e castigo

A representação do contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV como um bicho não é compartilhada pelas mulheres soropositivas para o HIV. As categorias de figura humana e a mama são as únicas compartilhadas entre os três grupos. Apenas as mulheres soronegativas modelaram a figura da mãe, sendo que todas aparecem marcadas pela omissão ou falta de partes do corpo que caracterizam o que é especificamente feminino.

A única modelagem que configura uma pessoa humana mais completa foi realizada por uma mulher soronegativa (Figura 07), que salienta a relação afetiva mãe/filho(a) de transmissão de carinho com o ato de amamentar, entretanto, na modelagem as mãos da mãe encontram-se escondidas, assim como as mamas encobertas pelo vestido. A boca, em tamanho desproporcional e da cor dos cabelos e olhos, assemelha-se mais a um bigode, também, pelo formato.

Figura 07 - Representação figurativa de carinho de mãe



Eu modelei uma mãe passando carinho para seu filho, porque um leite contaminado eu não vou alimentar meu filho. Então eu vou tentar de outras formas passar meu carinho e minha atenção para ele, mas não com o leite materno. Vou tentar achar uma forma possível para esta troca de carinho. Eu penso que o leite materno contaminado não vai ser de bom agrado para ele. Então, ele vai acabar prejudicando a saúde dele. Contanto que ele não tenha (HIV) (GESTANTE SN 7, 29 anos, amamentou o primeiro filho durante 9 meses).

A figura 08, a seguir, especifica uma mãe contaminada e impossibilitada de amamentar. Mais uma vez as mamas inexistem, mesmo com um corpo supostamente nu, do mesmo modo que é omitido o sexo. As extremidades dos membros (mãos e pés) também foram excluídas. Os olhos, desproporcionais em relação à cabeça, parecem saltar das órbitas e a boca não é marcada pelo traço da alegria ou prazer.

Figura 08 - Representação figurativa de uma pessoa contaminada



Uma pessoa contaminada pelo vírus, ela já está ficando meio fraca, magrinha, e não tem condições de amamentar, porque ela está contraída pelo vírus dela e, é isso mesmo. Quando uma pessoa fica contraída pelo vírus e aí ela vai ficando mais fraca e vai emagrecendo. Tem que se cuidar, se alimentar melhor. Eu penso que o leite dessa pessoa é um leite contaminado que não deve alimentar a criança, porque está o que, está fraco e se alimentar a criança, ela vai ficar doente a mesma coisa. Só isso (GESTANTE SN 4, 32 anos, amamentou o primeiro filho por 18 meses).

De maneira mais grave, a configuração da mãe que é modelada na Figura 09 apresenta-se com várias partes do corpo mutiladas. Nada indica a caracterização do sexo, o tronco destituído inclusive de mamas. A figura do tronco pode evocar uma cruz, apresentando-se com os braços abertos, mais uma vez sem as mãos. Impossibilitada de locomoção com a omissão de pernas e pés. Como está desprovida de rosto (olhos, boca, etc.), não é possível identificar se ela está de frente ou de costas, e, menos ainda, seu estado emocional, entretanto, o discurso de quem a modelou explicita que se trata de uma mãe muito triste.

Figura 09 - Representação figurativa de uma mãe triste



Eu modelei uma mãe muito triste por não poder amamentar o filho porque o leite foi contaminado. E o que é eu penso deste leite contaminado? Porque ele foi contaminado? Por falta de prevenção! Eu acho que este leite não presta, não é isso? Se está contaminado não presta para dar a criança. Se eu não pudesse amamentar por isso, eu me sentiria muito triste. O leite é muito bom. Saber que uma criança vai ter que chorar, saber que tem que mamar e não vai poder mamar por causa de mim mesma, não é? Que provoqueei e não preveni! (GESTANTE SN 6, 35 anos, amamentou os 3 filhos por 24 meses).

Significativamente, a figura humana foi modelada na forma de mãe e de filho(a) ou criança. Assim como as mães, os bebês também possuem algumas partes do corpo mutiladas. As figuras 10, 11 e 12 a seguir possuem cabeça, tronco e membros, todos incompletos: não aparece rosto, os membros com pés e mãos decepadas, e nenhuma indicação de sexo no bebê.

Figura 10 - Representação figurativa de um filho



Um filho que a gente tem e que agora a gente tenta dar (amamentar) e mais tarde eles vão servir para a gente, vai nos ajudar. Então eu amamentei e isso foi bom para eles, pois o leite da mãe é um leite bom que alimenta e sustenta e cria o menino saudável. Quando as crianças não amamentam ficam fraquinhas. O HTLV é um vírus que a gente tem e contamina o leite, então é um leite que não presta, é contaminado e não podemos dar para o menino para não contaminar eles e temos que deixar secar (MULHER SP HTLV 8, 69 anos, amamentou os 7 filhos em media 12 meses).

Figura 11 - Representação figurativa de um menino



Eu modelei um menino, uma criança. Mas, porque eu desenhei uma criança? Porque [...] quando o seio está contaminado, o que é que não passa para a criança? A doença! E como esta criança vai crescer? Doente, cheia de problemas e com muitas dificuldades de sobreviver. Então, o que eu passei é isso ai, porque eu tenho filho e não quero nem pensar que meus filhos estão contaminados. Como (eu não) fiz, eu tinha que fazer (sorologia para o HIV), ter feito o exame antes (no pré-natal), se não fosse a médica que fizesse na hora, antes de eu ter o nenê, quer dizer, meu filho hoje estaria (com o vírus). Quando eu não amamentei meu filho eu sofri demais! Sofri demais, demais. Eu vendo ter leite e não poder dar aos meus meninos porque eu acho tão lindo! Eu acho tão lindo quando eu vejo uma mãe amamentando seu filho. Eu sei que se ela está amamentando é porque ela está saudável e o filho fica mais saudável, ainda, porque o leite materno é saúde para a criança. E eu fiquei muito abalada, mas não pelo problema que eu estava, mas por não poder amamentar meus filhos. Lá na maternidade, quando acabei de ter o nenêeles me deram uma injeção que era para secar o leite, mas não seca logo. Eu criei os seios que ficaram mesmo gigantes, eu tive febre, foi horrível, foi horrível. Até ele secar foi muito dolorido, foi muito doloroso mesmo (MULHER SP HIV 9, 36 anos, amamentou o primeiro filho durante dois meses e o segundo não por causa da soropositividade).

Figura 12 - Representação figurativa de um bebê



Isso aqui é um bebê, é uma criança. Quando a gente pensa em amamentar a gente pensa logo na vida. Então, a gente imagina assim, a gente sabe que o leite materno é importante para manter a saúde e quando a gente tem este problema, a gente imagina logo as dificuldades que esta criança vai ter de imunidade, na falta do leite materno, o que pode causar nessa criança, afastar as doenças que ela pode ter independente dele ter ou não o mesmo problema da gente. Se ele ser ou não ser soropositivo. Que na verdade esta é uma preocupação que a gente mantém até quase um ano para dizer que a criança passa, como o meu passou, por todo tratamento até detectar se ele não era soropositivo. Ai que eu fico imaginando a falta do leite materno, quais são as doenças que ele poderia até vir a ter. Para mim é isso. Então quando eu desenhei uma criança eu pensei na vida [...] porque eu acho que o leite fez muita falta para meu filho porque ele gripa muito fácil. Eu acho que talvez, se ele tivesse sido amamentado ele teria uma resistência muito maior porque no normal o leite materno é saudável, é uma coisa perfeita. Quando eu não amamentei, eu sabia que era o melhor pra ele, eu sabia que estava cuidado da saúde dele no geral. Então, eu já vinha me preparando desde o pré-natal e sabia que eu não ia poder amamentar. Então a gente cuida da alimentação dele de outras maneiras, o melhor possível. Não amamentar é uma frustração, a gente sabe que no fundo fica faltando um pedacinho, como se você tivesse deixado de dar alguma coisa pra ele, fora que tem todo o laço de afetividade, aquele momento ali é um momento único. Eu não me senti menos mãe e nem senti a falta de passar o carinho para ele, porque eu acho que ele não sentiu tanto a perda de ordem afetiva porque eu sempre procurei compensar de outras maneiras, ficando perto mesmo, tanto que ele é muito apegado a mim e está sempre junto, eu brinco muito com ele, faço muito carinho e mesmo sem o peito a gente vai compensando de outras formas (MÃE SP HIV 8, 36 anos, amamentou os dois primeiros filhos e não amamentou o terceiro)

Quando o bebê foi modelado em sua forma mais humana, ele aparece chorando, tendo a lágrima e os olhos desproporcionais em relação ao tamanho do corpo. Os aspectos icônicos e verbais evidenciam a tristeza. Há uma referência explícita no discurso relativa à tristeza do filho e da mãe por ser soropositiva e impossibilitada de amamentar, projetando a própria lamentação por não ter amamentado seu próprio filho.

Figura 13 - Representação figurativa de um bebê chorando



Eu desenhei um bebê chorando porque não foi amamentado. Porque ele deve sentir assim, triste, não pode dizer nada, mas que sente, sente, sente a tristeza por não poder ter sido amamentado. Pela mãe e pelo filho também, não é. Os dois devem sentir muito. Eu mesma quando eu deixei de amamentar meu filho, foi porque ele realmente rejeitou, eu fiquei praticamente quase um dia, para poder ele não comer nada, não dei mingau, não dei nada suco, não dei nada, para poder ver se ele voltava a amamentar, a mamar e ele não voltou a mamar, então isso me entristeceu muito. Então é isso, a criança triste por não receber o leite, que é muito importante para a saúde, para inteligência, educação e tudo isso, um todo. Eu penso que o leite materno contaminado que é um leite ruim, não é? Que é melhor que ele seja amamentado por outro leite que seja bom, não é? Do que ele receber este leite que está contaminado, porque senão futuramente ele pode nem chegar a este futuro. É isso (GESTANTE SN 5, 31 anos, amamentou o primeiro filho durante 4 meses).

A relação mãe soropositiva, leite materno contaminado e filho é encerrada na representação da figura modelada do bebê morto. O leite aparece como significado de vida em

todas as representações, mas, uma vez contaminado, torna-se agente de expropriação da vida do bebê.

Figura 14 - Representação figurativa uma criança morta



Uma criança precisando de vida e com leite materno contaminado, tivesse assim, oh: morta. Porque é isso que a gente faz com os filhos da gente. A gente mata os filhos da gente num momento que a gente sabe que está contaminada e continua amamentando. Então eu não vejo uma criança com a vida que ele deve ter, eu vejo a criança como se tivesse morta, como se a própria mãe matasse seu próprio filho, então é isso que sinto, sabe. (MULHER SP HTLV 9, 48 anos, amamentou o filho por 12 meses).

As modelagens expressam a representação da morte e do luto. Há uma experimentação do luto de sua própria morte e da morte do bebê, isto porque o leite é representado socialmente como vida e, não amamentar significa exilar o bebê de sua própria vida, conferindo à mãe culpa quando não pode amamentar. A experiência do luto reporta-se a uma perda, e, embora na vida real o bebê e a mãe estejam vivos, há uma perda simbólica da morte da mulher como mãe e do filho que não pode ser alimentado pelo seu próprio leite. Observa-se então um duplo conflito: a amamentação mata metaforicamente por envenenamento (transmissão do vírus) e não-amamentação mata pela subnutrição ou fome (supressão do alimento/vida).

Em todas as modelagens da figura humana, seja da mãe ou do filho, a mutilação aparece como característica comum e central. Esse aspecto demonstra a ocultação de conteúdos latentes de culpa subjacente ao que foi modelado de forma incompleta. Isso indica a evocação do medo, explícito verbalmente na representação anterior relativa à figura do bicho, e omitido quando trata do explicitamente humano. Em ambas as situações de modelagem de bicho e figura humana, aparecem inconscientemente os fantasmas, como expressões defensivas, do medo. O leite materno contaminado aparece nos discursos como responsável, no nível consciente, pela transmissão vertical de doenças. Os fantasmas são indicadores da imputação de castigo social por um crime cometido inconscientemente quando ela deixa de amamentar por contaminação/envenenamento do leite materno. Os fantasmas são estruturas subjacentes aos conteúdos manifestos (DORON; PAROT, 1991).

A MAMA: como símbolo de exclusão social

Todos os grupos de mulheres (SN, SPHIV, SPHTLV) modelaram uma única mama, dissociada do corpo feminino, que não apresentavam a forma de peito, exceto pelo fato de serem arredondadas. Algumas continham mamilos, outras não, e foram expressas como algo estranho e não familiar às mulheres.

Este vazio pode ser sentido de forma significativa na categoria anterior na qual as figuras humanas foram modeladas desprovidas de aspectos essenciais à caracterização da mulher: a mama (para amamentar), assim como nenhuma delas apresentava órgãos do aparelho genital para caracterizar a mulher/mãe como reprodutora.

A mama aparece sempre como uma coisa “ruim”, inutilizada pelo leite contaminado. Às vezes coisificado no objeto de uma bola, no nível racional explicado pela mulher, o peito toma a forma de uma bola por estar ingurgitado e, desse modo perdeu o formato natural com inclusão do mamilo.

Figura 15 - Representação figurativa de uma bola (peito ingurgitado)



Eu modelei uma bola que significa uma coisa ruim. Eu estava pensando em uma bola [...] quando aquele leite não presta mesmo, o peito fica todo conformado, não é isso? Porque não vai dar mesmo para criança, então acumula ali e não presta mesmo e tem que ir para o médico para poder tirar, foi só isso que eu pensei, mas, eu não sei não o que significa o leite materno contaminado. Não sei dizer nada sobre isso. Eu nunca passei por isso então não tenho como dizer alguma coisa (GESTANTE SN 8, 29 anos, amamentou o único filho vivo até dois anos).

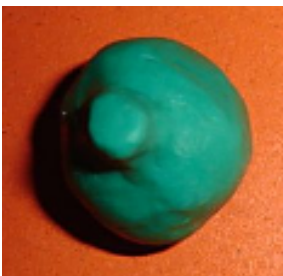
Quando a mama foi modelada incluindo o mamilo, aparece no discurso das mulheres a importância do peito, simultânea à inutilidade do leite nele contido. A mama passa a ter dupla inconveniência: não pode ser usada para amamentação e, desse modo, expõe socialmente a mãe, que evoca a necessidade de recorrer a estratégias defensivas contra a discriminação social: usa o recurso da “mentira”, da ocultação do fato de ser soropositiva, o que corresponde a uma tentativa de sobrevivência à exclusão social (JODELET, 2005; SANTOS, 2004).

Figura 16 - Representação figurativa de um peito

Eu modelei um peito porque eu acho o peito importante por causa da amamentação, mas, infelizmente eu não estou podendo amamentar e, para mim isso é ruim, porque eu fui contaminada e eu fico triste às vezes porque minha mãe chega e fala, fica falando: amamente seu filho menina! Que não sei o que! Sem saber (da soropositividade). Eu não falei ainda não (que é soropositiva). Minha irmã é que sabe. Eu fico triste, mas fazer o que? Quando minha mãe perguntou por que eu não estou amamentando, eu disse para ela que (o leite) secou e eu não vou amamentar ele e eu não quero [...] ai ela disse que está muito triste, que é o primeiro neto dela (que não amamenta). Ai ela falou que está muito triste, por isso, mas eu não tive coragem, ainda, de contar a minha mãe [que é soropositiva]. Eu acho que o leite materno é bom porque é contra infecção, alergia e tem que amamentar até os dois anos de idade. Na maternidade as moças, as enfermeiras conversavam comigo e falou pra mim que eu não podia amamentar. Eu levei o xaropinho dele já daqui, ele começou a tomar desde quando nasceu e está tomando até hoje. E elas me deram um comprimido para secar o leite, depois com dois dias o meu peito inchou e depois ele secou. Depois que desinchou, começou a coçar, mas parecia que feria, mas quando eu ia ver parecia que estava descascando o bico do peito, depois ficou melhor, só foi um, o do lado direito, o outro não. O outro coçou, também, mas não chegou a descascar não. No local que eu tive meu filho não teve isolamento não. Eu desenhei o peito porque eu acho interessante e importante amamentar a criança (MÃE SP HIV 2, 19 anos, descobriu-se soropositiva na primeira gestação, não amamentou o filho).

A mama com leite aparece como um entrave ao retorno da vida social, após o nascimento do(a) filho(a), por existir forte cobrança social do dever da amamentação. O conflito entre o desejo de amamentar e de não amamentar para preservação da saúde e da vida do bebê expõe socialmente a mulher que se torna objeto de cobrança social, e corre o risco de publicizar sua soropositividade. O medo do preconceito coloca em risco a inserção social da mãe.

O preconceito é um julgamento (favorável ou desfavorável) estabelecido *a priori* em relação a alguém, geralmente qualificando negativamente as atitudes relativas a um grupo específico, e considerado resultante da aprendizagem social (DORON; PAROT, 1991). Nesta perspectiva, Werneck (2000, p. 98) destaca que o “preconceito é uma recusa da diferença. Nossa recusa em aceitar as diferenças que coexistem também dentro de nós. Nossa mortalidade, nossas contradições e nossa vulnerabilidade. Nosso eu que só existe na relação com o outro”.

Figura 17 - Representação figurativa de um seio

Eu modelei um seio. É que a gente tem um bebê e não pode dar mama. O leite contaminado é para ser jogado fora para não contaminar a criança, mas antes a gente dá o que tem para ele se alimentar, do que o leite materno que está contaminado. Eu penso que este leite não serve para nada. Para mim não significa nada. É uma coisa que a gente tirou e jogou fora. Quando eu não amamenteei, eu fiquei muito triste, apesar de a gente ter um filho que Deus deu a gente para dar (amamentar). Então, a alimentação dele seria o leite materno, mas como não podemos dar, não temos como dar, é melhor não dar estragado.[...]. Quando as pessoas perguntavam porque eu não estava amamentando eu sempre eu dizia que

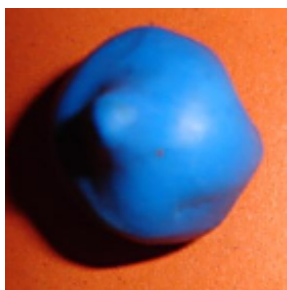
tava com problema de açúcar no sangue. O sangue estava um pouco alterado e aí eu achava melhor eu não dá, o médico disse que não mataria se eu desse o leite normal, aí eu dei o leite normal. Quando eu cheguei em casa eu dizia que não podia. Todo mundo que chegava era a mesma conversa [...] porque é melhor a gente mentir com a mesma conversa do que ficar mudando de conversa; aí nego pode desconfiar, as pessoas nunca acreditam (MÃE SP HIV 3, 30 anos, não amamentou por ser soropositiva).

Figura 18 - Representação figurativa de uma mama



Eu modelei uma mama que não vai poder ser utilizada para a criança se alimentar. Por quê? Por causa do vírus que eu tenho. Então eu acho assim, que tem muitas mulheres que podem amamentar suas crianças e não amamentam por causa de vaidade. Eu que tinha muita vontade de amamentar meu filho e não vou poder por causa deste vírus. A minha preocupação foi mais essa, meu Deus! Quando nascer, como eu vou alimentar minha criança? Porque sempre tem campanhas que falam sobre a amamentação até os seis meses de idade e eu sempre achei bonito a mãe estar com sua criança no colo amamentando e eu não vou poder, minha tristeza foi essa, não foi nem porque eu estava infectada, porque ia prejudicar meu bebê. (GESTANTE SP HTLV 7, 30 anos, estava em sua primeira gravidez e muito triste porque não ia poder amamentar o filho).

Figura 19 - Representação figurativa um seio



Eu modelei um seio, um seio contaminado [...] pelo vírus HIV, onde ela não pode amamentar o seu filho. Quando eu não amamentei minha filha eu senti vontade de morrer. Quando as pessoas me perguntavam por que eu não estava amamentando eu dizia por que eu estava com problema no pulmão. Eu negava, tinha vergonha de dizer, como eu tenho até hoje. E a minha família veio saber deste problema meu. Minha mãe sabia, meu pai também, mas o meu filho, os meus outros filhos, eles não sabiam. Minha irmã também, ela não sabia. Quando ela soube ela tinha discriminação. Se eu bebesse em um copo de água, ela mandava eu jogar o copo fora, me discriminava. Quando eu conversei com minha tia ela chorou muito e conversou com ela, que a aids não se pegava assim. Hoje já melhorou, mas, meu cunhado, ele espalhou para todo mundo no Bonfim, que eu era aidética. Que eu era doente, que não me queria na casa dele, para não contaminar ele e as filhas dele. Eu conversei com ele que, o que vem pra mim, pode vir para ele também, ele não sabe do hoje e nem do amanhã [...] (MÃE SP HIV 4, 4 anos, amamentou somente 3 dos 6 filhos, sendo que o último para não contaminá-lo com HIV).

A objetivação da mama com leite contaminado pelo vírus foi modelada de maneira disforme e inteiramente diferenciada da sua anatomia humana (Figura 20). A mama modelada como uma aberração do corpo feminino, manifesta conteúdos inconscientes fantasmagóricos de medo do estranho. A discriminação e preconceito exacerbam os temores internos gerando processos mentais de distorção do real. Joffe (1995) analisa como a alteridade e o que é estranho evocam afetos inconscientes e condutas de defesa.

Figura 20 - Representação figurativa de uma mama



*Aqui é a mama da mulher, a mama que é isso aqui e aqui dos ladinhos, essas bolinhas são os vírus. Se a gente der mama a criança esses vírus aqui todos vão para o organismo da criança. Então, não posso dar mama por causa disso aqui mesmo [...], não tem condições de a mãe dar mama a uma criança assim. Então, este leite não presta para dar [...], é melhor não dar leite por causa disso aqui, que é isso aqui que vai praticamente matar, é um suicida. Então, a mãe tem que ter consciência e não dar. Então, eu imaginei que o leite era assim, não prestava para meu filho. Quando eu passei pela situação de não amamentar não foi triste para mim não porque lá mesmo no médico, eles me deram sei lá, de que leite, eu dei ao meu menino. Só que o **preconceito** foi quando eu cheguei (em casa) que minha sogra disse assim: você não vai dar mama não? Ai falou assim: Dá mama ao menino que o menino está chorando! Aquilo ali para mim foi, acho que eu queria ficar lá na maternidade mesmo. Ai depois ela (disse): vá, vá! Na frente de todo mundo assim, a casa cheia. Ai eu disse a ela: não vou dar agora não, vou tomar um banho e fui tirando ela de tempo [...] sem machucar ela. Vou tomar um banho, cheguei agora, estou suada. Ai ela ficou assim, meio assim (e disse) porque não pode dar mama? Meu marido falou assim: porque ela tem um problema, ai, eu parei ele assim, para ele não contar a ela. Ai eu disse a ela: não, é porque eu vou tomar banho agora, depois eu dou. Botei a criança lá, esperei ir lá na frente, fiz o leite rapidinho, botei na mamadeira, dei ao menino e o menino parou de chorar. Eu disse ao meu pai, salva. Foi ai que eu fui levando e toda vez que ela chegava (e perguntava): você não está dando mama a este menino não? Eu digo: estou! Ai eu fingia que estava dando, botava ele (o bebê) aqui, e botava a chuquinha assim, sabe? Ai quando ela se distrai eu dava. Mas o menino chorava muito, chorava e o meu peito cheio, meu peito inchou, ficou inchado, derramando leite, só que eu consegui e comprei o remédio tirei tudo. Dei [leite artificial] e até hoje, eles estão sadios e não tem nada, graças a Deus. Meus dois filhos não mamaram e todo mundo dizia: eles não vão conseguir; você não vai conseguir! Ali eu vou conseguir! Porque eu não sou a primeira nem a última, eu tenho que acreditar nisso. E foi isso, para mim isso ai não foi barreira não, porque eu consegui. Eu acho que o pior mesmo pra mim foi quando eu entrei, que ela tava lá, o primeiro neto dela, de todo mundo, quem que não quer ver? Ela disse: esse menino vai ter problema, não sei o que. Ai eu disse: ele não vai ter nada! Foi eu que quebrei logo o todo batente e ai pronto. Meus filhos, todos os dois são sadio, fortes e saudáveis (MÃE SP HIV 5, 26 anos, não amamentou os filhos devido a sua condição de soropositiva).*

LEITE CONTAMINADO: entidade isolada e exorcizada do corpo feminino

Nas Figuras que se seguem o leite contaminado pelo vírus aparece como entidade inteiramente isolada e exorcizada, fora da mama e desvinculado do corpo feminino. Há uma exacerbação do leite contaminado, que aparece como uma fronteira que separa o sagrado do profano, o leite é coisificado na mulher “impura” e é silenciada a ideia de conjunto, da mãe e da prática do aleitamento materno. O leite da mulher soropositiva é representado pela nulidade, como um zero, não apenas do leite, mas também da mulher socialmente vítima de preconceito.

Figura 21 - Representação figurativa de um zero



Um zero [...] significa que é ruim. Contar com um leite estragado, contaminado com o vírus, não pode a criança tomar este leite porque se a criança se alimentar ela vai ter a possibilidade de contrair o vírus também, não é isso? Eu amamentei os dois filhos. No tempo que eu amamentei não tinha esse problema, pelo que surgiu foi do segundo casamento. Meus filhos não tem nada a ver, mas foi muito bom amamentar meus filhos, foi muito maravilhoso mesmo, eles cresceram com saúde e até hoje todo mundo é sadio, graças a Deus. O leite materno é muito importante para a criança recém-nascida, é o alimento melhor que tem para a criança, é o leite materno. Que eles mamavam e nem comia mais nada, só o leite mesmo que eles tomavam, um ano e seis meses, só o leite, não comia mais nada, sustentava no leite materno.

Este zero significa que é leite estragado, contaminado, ruim mesmo, é ruim mesmo. Leite que está com o problema do vírus, é ruim e não pode dar a criança (MULHER SP HIV 6, 45 anos, não teve nenhuma gestação após a soropositividade, amamentou os 2 filhos).

Figura 22 - Representação figurativa de um leite borbulhando (coalhado)



Penso no leite que a pessoa não pode amamentar é um leite borbulhado. É um leite que não serve para o bebê, apesar de não servir vai transmitir vários tipos de doenças como infecção intestinal e outros tipos de doenças também. Borbulhando porque não está servindo, está coalhado e transmite sérios problemas para a criança, se der o leite. É um leite em más condições, não é um leite 100% (GESTANTE SN 9, 25 anos, amamentou o primeiro filho por 36 meses).

A modelagem da vaca, a seguir (Figura 30), evidencia a ambivalência de sentimentos sobre aleitamento materno e soropositividade, assim como a dicotomia humano/animal, bom/mau, alimento/veneno, social/individual. A vaca representa, por excelência, em nossa cultura, o símbolo do animal provedor do leite como alimento que acompanha o ser humano desde o seu nascimento. Existe uma analogia entre a mãe e esse animal no sentido positivo em que ambos são valorizados pela função de subsistência dos filhos. Mas o leite aparece como elemento não apenas de diferenciação, mas de desigualdade social, o elo perdido que dicotomiza a mãe soropositiva, lançando-a no abismo da exclusão social.

Figura 23 - Representação figurativa de uma vaca



Eu modelei uma vaca. Significa que a vaca também tem filhos, ela também tem leite. Quando eu pensava no leite com vírus, eu pensava que o leite estava contaminado e eu não podia dar a ela. Eu senti que foi ruim não amamentar, foi uma coisa chata porque eu não amamentei, o povo [as colegas de quarto] ficava perguntando lá na maternidade [porque não amamentava] e eu ficava com vontade de chorar porque eu não podia falar, então, eu dizia que não sabia porque e que não tinham me falado nada [...] (MÃE SP HIV 10, 20 anos, não amamentou a filha devido a condição de soropositiva).

Como um efeito dominó o vírus se infiltra no organismo, deteriora o leite e este expõe socialmente a mulher, que, dividida dentro de si mesma como consequência da discriminação social, manifesta a repercussão afetiva do mal biológico transformado num mal social, como expressa a Figura 24, a seguir:

Figura 24 - Representação figurativa de um coração



Porque uma mãe que ama seu filho de coração, ela não vai dar um leite contaminado a ele. Então, ela ia jogar no lixo, mesmo que ele ficasse em falta, ela ia sentir muito, mas o leite é ruim, não vale a pena ela dar, eu acho isso. Eu acho que se o leite é contaminado pelo vírus, ele não serve para nada, para usar, para criança, nem para adulto, para ninguém! Mas, se eu não amamentasse por causa do vírus eu sentiria muita tristeza! É a felicidade da gente é quando a gente pega o bebê e põe no peito e divide nosso amor com ele. Se as pessoas ficassem me perguntando por que eu não estou amamentando eu só iria dizer a verdade para minha família, ou até para ele quando ele entendesse. Eu não ia dizer para todo mundo porque eu não amamentei, porque a discriminação hoje está um caso sério. As pacientes com HTLV sentem discriminação. Sente! Sente (MULHER SP HTLV 10, 46 anos, amamentou os 2 filhos em média 6 meses)

A analogia feita entre uma mulher soropositiva e uma máquina “desprogramada”, na Figura 25(abaixo) evidencia como os meios de comunicação de massa exercem influência na construção das representações sociais na era digital da informática, fazendo com que o estranho (HIV/HTLV) adquira significação quando acoplado ao familiar. Assim como uma máquina é programada para funcionar, o indivíduo obedece à mesma lógica: a penetração do vírus, seja no computador ou no organismo humano, deteriora tanto a máquina quanto o indivíduo. “Como um patinho fora d’água”, a mulher soropositiva torna-se inadaptada e excluída da vida coletiva, que tenta se encontrar na (des)ordem de si mesma e dos outros.

Figura 25 - Representação figurativa de um patinho fora da lagoa



Eu modelei um patinho porque quando alguém amamenta uma criança com leite contaminado, automaticamente a criança irá ficar doente também. Bom seria que nós pudéssemos prevenir para que isso não viesse acontecer, cuidar de nós, para poder cuidar da saúde da criança. Então, esse leite não serve, está contaminado. Eu penso que o pessoal quando pega aids fica descontrolado e desprogramado, como um patinho fora da água tentando se encontrar, como eu estou aqui com HTLV procurando aceitar esta doença e sem aceitar (MULHER SP HTLV 4, 50 anos, amamentou os 2 filhos em média 12 meses).

EXILADO DE/EM SI MESMO: o eu dividido

O vírus aparece como um micróbio proveniente do mundo exterior e que penetra o corpo da mulher, instalando-se definitivamente, sendo o leite responsável pelo segredo que se torna público, e que revela a mãe para o mundo, arruinando-a como elo social. Desse modo, surge uma divisão do eu, colocando problemas psicossociais mais graves, de uma dicotomia existente dentro da mulher soropositiva que se representa dividida e possuindo uma barreira interna. Assim, ao mesmo tempo em que se torna mãe, cumprindo sua função como responsável pela preservação da espécie humana, ela é banida do social por colocar a sociedade em risco.

Figura 26 - Representação figurativa de uma barreira



Eu acho que isso aqui é doença que a gente pega, se transmite e fica no nosso leite. É uma barreira que fica dentro de nós que nos impede de ter um momento especial e de ser mãe por inteira. Eu acho isso. Porque não tem um momento melhor na sua vida do que você ter um filho e poder dar mama a ele. Então isso aqui é uma barreira que te impede (de ser mãe por inteira) (MÃE SP HTLV 5, 22 anos, amamentou o primeiro filho e não estava amamentando o segundo por sua condição de soropositiva).

A divisão do eu é também simbolizada por uma arma letal: o punhal. Mais uma vez, a modelagem dessa figura manifesta os temores da morte real e simbólica, vasculhando conteúdos inconscientes e fantasmagóricos.

Figura 27 - Representação figurativa de um punhal



Eu modelei um punhal. Ele significa morte. Eu acho que o leite materno contaminado significa morte. Uma punhalada nos inocentes. (MULHER SP HTLV 6, 46 anos, amamentou os 4 filhos em media 8 meses).

A representação da transmissão do vírus pelo espermatozóide (Figura 28) aparece como estratégia defensiva e de libertação da culpa, deslocando-a para o sexo masculino, acusando sempre o homem como responsável pela origem da sua infecção e deterioração do leite materno. Em última instância, o homem seria o autor do “crime”, do qual ela é penalizada pela exclusão social.

Figura 28 - Representação figurativa de um espermatozóide



Aqui mais ou menos é o espermatozóide que é contaminado. Que é através desse espermatozóide contaminado que o leite ficou ruim, é isso que eu acho. O leite contaminado é uma doença. O vírus que é forte, ai se o leite contaminar passa para bebê e corre o risco de pegar a doença nele. Não é isso? Eu amamentei os outros três filhos, mas, a partir de agora eu não vou poder amamentar ele. Eu vou dar o leite que vão me dar no dia que ele nascer. Vai me dar o remédio também. Eu acho que não amamentar é certo porque pelo menos estou protegendo ele. Ai então, eu vou fazer tudo que o médico pedir certinho: não dar mama. Eu acho meio difícil porque eu não moro aqui, eu moro no interior. Mas, o que for preciso fazer pra ele não ter (o vírus) eu faço. Eu venho sempre cuidar dele, porque disse que ele tem que fazer o acompanhamento durante dois anos, ai vou ter que seguir a regra certinha dos médicos. Eu queria perguntar, assim, se tem como a pessoa viver muito tempo, assim com esse vírus. Se não morre logo (risos) porque tem pouco tempo que eu descobri. Sou desinformada também (GESTANTE SP HIV 1, 30 anos, amamentou os 3 filhos durante os primeiros 3 anos, não amamentará 4 filho por sua condição de soropositiva).

As representações sociais são contextualizadas, expressando a inserção social dos indivíduos ou grupo de pertença. Segundo Jovchelovitch (2008, p. 91), a TRS deve muito à fenomenologia, ao mostrar que “nós partimos da pertença, não do conhecimento. Pertencemos a uma cultura, a uma sociedade, a uma família, a um tempo histórico, e esta pertença configura o conhecimento que construímos desde o início”. A Figura 29, a seguir, encerra o ciclo na simbolização da morte. A cruz evidencia a presença do pensamento religioso significando sacrifício e morte, símbolo universalmente conhecido.

Figura 29 - Representação figurativa de uma cruz



Parece uma cruz (pausa longa). É dor (pausa), sofrimento (pausa), porque com o leite contaminado como é que vai dar mama? Como é que vai amamentar a criança? E a criança precisa do leite materno (GESTANTE SN 10, 25 anos, amamentou o primeiro filho).

De todas as representações construídas, apenas uma possui significação positiva de vida, esperança e amor. A flor, ainda em botão, aguarda ser desabrochada para a beleza da vida plena.

Figura 30 - Representação figurativa de uma flor



Eu modelei uma flor que significa o amor que eu tenho pela minha vida. Quando eu penso no leite materno contaminado eu penso em não dá para meus filhos. Relatando sobre este problema (leite com o vírus), é não passar este leite contaminado para a criança, procurar banco de leite. Que bom o leite saudável! Esta flor significa o amor que a mãe dá para o filho. Eu senti tristeza por não ter amamentando meu filho (MULHER SP HIV 7, 43 anos, não amamentou, pois entregou os filhos para o pai criar).

A técnica do manuseio com massa de modelar nos possibilita acessar conteúdos latentes e subjacentes às figuras modeladas articuladas aos discursos das participantes, que nos conduzem a análises mais consistentes quando confrontadas com outras estratégias metodológicas utilizadas na pesquisa.

A associação das mulheres soropositivas à figura animal evidencia a necessidade de defesas sociais, na medida em que existe uma separação entre a natureza animal e a humana. O grupo soropositivo é exorcizado, inclusive por ele mesmo. Isso significa o medo do contato com a diferença, o estranho que remete a fantasmas arcaicos que são ativados e re-significados para explicação do real.

A mama deixa de ser qualificada positivamente para assumir uma significação de elemento forasteiro que denuncia a diferença, precipitando a exclusão social. Exclusão que evoca medo, perda e morte. Medo do outro, o estranho que exila o eu de si mesmo.

6.4 A DINÂMICA INTERATIVA

Conforme descrito anteriormente, a dinâmica interativa foi realizada com 72 mulheres, das quais 24 soronegativas, 24 soropositivas para o vírus HIV e 24 soropositivas para o vírus HTLV.

As tabelas 4, 5, e 6 apresentam as respostas das mulheres informantes quando foram solicitadas que escolhessem uma mamadeira para ser oferecida ao boneco (recém-nascido), de acordo com o tipo de situação: a primeira (a mulher chegava e encontrava a mesa arrumada) e a segunda (a mulher chegava e esperava arrumar a mesa) e quanto à opção de escolha do tipo de mamadeira (LM + LM com HIV; LM + LM com HTLV; LM com HIV e LM com HTLV).

Tabela 4 - Escolha do tipo de mamadeira por mulheres soronegativas entrevistadas. Salvador-Bahia, 2009.

Tipo de Situação*	Escolha do tipo de mamadeira						Total
	1ª opção		2ª opção		3ª opção		
	LM	LMHIV	LM	LMHTTLV	LMHIV	LMHTLV	
1ª Situação	4	-	4	-	-	3	11
2ª Situação	4	-	4	-	-	3	11
Total	8	-	8	-	-	6	22

Nota: * 1ª Situação – a mulher chegava e encontrava a mesa arrumada

2ª Situação – a mulher chegava e esperava arrumar a mesa

Conforme pode ser observado, quando as mulheres soronegativas foram expostas à primeira opção, oito escolheram a mamadeira com LM; na segunda opção, oito mulheres escolheram a mamadeira com LM e na terceira, seis mulheres escolheram a mamadeira com LM com HTLV e duas não escolheram nenhuma das mamadeiras.

Tabela 5 - Escolha do tipo de mamadeira por mulheres soropositivas para o HIV entrevistadas. Salvador-Bahia, 2009.

Tipo de Situação*	Escolha do tipo de mamadeira						Total
	1ª opção		2ª opção		3ª opção		
	LM	LMHIV	LM	LMHTTLV	LMHIV	LMHTLV	
1ª Situação	4	-	4	-	-	4	12
2ª Situação	4	-	3	-	1	2	10
Total	8	-	7	-	1	6	22

Nota: * 1ª Situação – a mulher chegava e encontrava a mesa arrumada

2ª Situação – a mulher chegava e esperava arrumar a mesa

Já para o grupo de soropositivas para o HIV, quando as mulheres foram expostas à primeira opção, oito escolheram a mamadeira com LM; na segunda opção, sete mulheres escolheram a mamadeira com LM, e uma mulher não escolheu nenhuma das mamadeiras; quando submetidas à terceira opção, seis mulheres escolheram a mamadeira contendo LM com HTLV e uma escolheu a mamadeira de LM com HIV.

Tabela 6 - Escolha do tipo de mamadeira por mulheres soropositivas para o HTLV entrevistadas. Salvador-Bahia, 2009.

Tipo de Situação*	Escolha do tipo de mamadeira						Total
	1ª opção		2ª opção		3ª opção		
	LM	LMHIV	LM	LMHTTLV	LMHIV	LMHTLV	
1ª Situação	4	-	4	-	-	-	08
2ª Situação	4	-	4	-	-	-	08
Total	8	-	8	-	-	-	16

Nota: * 1ª Situação – a mulher chegava e encontrava a mesa arrumada

2ª Situação – a mulher chegava e esperava arrumar a mesa

Em relação às respostas das soropositivas para o HTLV, pode-se observar que quando estas foram expostas à primeira opção, oito mulheres escolheram a mamadeira com LM; igual número de mulheres na segunda opção escolheu a mamadeira com LM, e na terceira opção elas não escolheram nenhuma das mamadeiras apresentadas.

Simultâneo à escolha das mamadeiras, era solicitado às mulheres que oferecessem ao boneco (recém-nascido) a mamadeira. As reações de oferecimento da mamadeira ao recém-nascido foram de três ordens, algumas pegavam o boneco em seus braços e ofereciam o leite; outras, apenas pegavam a mamadeira e as demais, simplesmente, apontavam a mamadeira escolhida.

Quando questionadas sobre os motivos que as levaram a escolher a mamadeira, as respostas foram variadas e estão apresentadas no Quadro 1.

LEITE MATERNO	LEITE MATERNO COM HTLV	LEITE MATERNO COM HIV	NENHUMA DAS DUAS
<p>1- Conhecimento sobre os atributos valorativos positivos do leite materno.</p> <p>2 – Conhecimento sobre os atributos valorativos negativos do leite materno com os vírus HIV e HTLV.</p> <p>3 – Conhecimento sobre os vírus / doenças e transmissão vertical.</p> <p>4 – Por considerarem a amamentação uma obrigação da mulher.</p>	<p>1 – Desconhecimento sobre os vírus / doenças e transmissão vertical.</p> <p>2 – Conhecimento dos atributos valorativos negativos do leite materno com HIV.</p> <p>3 – Conhecimento sobre o vírus HIV / aids e transmissão vertical.</p> <p>4 – Acreditavam que o leite com HTLV é mais seguro, sadio e poderia conter uma vitamina.</p>	<p>1- Desconhecimento sobre o vírus HTLV / doenças e transmissão vertical.</p>	<p>1 – Conhecimento sobre os vírus / doenças e transmissão vertical.</p> <p>2 – Desconhecimento sobre a pasteurização do leite materno</p>

Quadro 1 - Respostas das mulheres soronegativas e soropositivas para o vírus HIV e HTLV sobre o motivo da escolha da mamadeira. Salvador, Bahia 2009.

No Quadro 2 estão agrupados os significados atribuídos pelas mulheres ao leite materno e ao leite materno com os vírus, descritos neste estudo como: atributos valorativos positivos e atributos valorativos negativos.

LEITE MATERNO	LEITE MATERNO COM HTLV	LEITE MATERNO COM HIV
<ul style="list-style-type: none"> - 100% seguro - alimento - boa alimentação - bom - deixa a criança bonita - é 10 - essencial - evita bactéria - evita gripe - faz bem - importante para a saúde - importante para educação - importante para inteligência - imuniza - leite que sai do seio da mãe - não faz mal - não mata - não prejudica - natural - normal - principal - protege - puro - sangue - saudável - saúde - seguro - sem contaminação - sem doença - sem vírus e sem bactéria - sustenta - tem nutrientes - tem vitaminas - toda criança deve tomar - tudo - vacina - vida 	<ul style="list-style-type: none"> - bom para o bebê - contamina menos que o HIV - contaminado - contém o vírus - deve jogar fora - deve se jogado fora - doente com vírus e bactéria - está com tipo de mistura - falta de informação - falta de prevenção - faz mal - infectado - mais segura que o HIV - não é adequado - não é recomendado - não é saudável - não faz bem - não pode dar ao bebê - não pode ser oferecido - não presta - não serve - não tem o HIV - não transmite o HIV - não vale nada - normal - pode ser bom para o bebê - prejudica - risco remoto de contaminar - ruim - sadio - saudável - tem algum medicamento - tem que ser examinado - tem uma proteína - tem vitamina - transmite o vírus - veneno 	<ul style="list-style-type: none"> - atrapalha o intestino - causa doença - com vírus - contaminado - descuido - deve evitar - deve ser expurgado - deve ser jogado fora - doença - doente - duvida na transmissão do vírus - estragado - falta de prevenção - faz mal - infeccionado - leva a criança a morte - mal - mata a criança - não deve ser dado - não é bom - não faz bem - não pode amamentar - não presta - não serve - prejudica - prejudica mais do que o HTLV - risco de morrer - ruim - tem bactéria - transmite doenças - transmite o vírus HIV - transmite problemas - vai fazer a criança sofrer - vai fazer a criança tomar medicamento - veneno

Quadro 2 - Respostas das mulheres sobre o significado do leite materno e do leite materno contaminado pelos vírus HIV e HTLV. Salvador-Bahia, 2009.

Quando as mulheres informantes foram questionadas sobre o que sentiram ao adentrarem o consultório e se defrontarem com as duas situações, foram diversas as reações observadas: a primeira, quando ela chegava e encontrava a mesa arrumada com as duas mamadeiras com rótulos especificando o que havia em cada uma delas ou na segunda, quando elas chegavam e lhes era solicitado que aguardassem um pouco enquanto a mesa era arrumada.

Na primeira situação, as mulheres não tiveram muito tempo para elaborar as respostas, entretanto, elas observavam atentamente para as mamadeiras antes de escolher uma delas ou

não escolher nenhuma. Já na segunda situação, mesmo ficando atentas aos movimentos realizados pela pesquisadora durante a arrumação da mesa e, apesar de terem mais tempo para elaborar as respostas, elas reagiram e forneceram respostas semelhantes à primeira situação.

Será apresentado a seguir, de forma resumida, o que as mulheres relataram e sentiram ao serem expostas à encenação, bem como algumas falas, com intuito de ilustrar as impressões da pesquisadora. No entanto, a análise destas informações será discutida no capítulo intitulado análise e discussão dos resultados.

Algumas mulheres descreveram que **não sentiram nada** e que a encenação não havia despertado nenhum sentimento ou reação importante: *eu não senti nada não, eu não senti nada não!*

Entretanto, outras informaram que sentiram como se estivessem vivenciando uma **situação real diante do cenário e da encenação**. Estas mulheres pegaram o boneco na mesa com cuidado, colocaram em seus braços e ofereceram a mamadeira escolhida, como se estivesse realmente segurando um recém-nascido. Outras seguraram o boneco por algum tempo durante a entrevista.

As mulheres soronegativas relataram ter lembrado o momento em que elas haviam amamentado os(as) filhos(as) e as gestantes soronegativas, reportaram estar pensando no futuro próximo, no qual estariam amamentando os seus(suas) filhos(as). Uma das mulheres disse: *eu senti assim uma emoção boa porque pensei no meu bebezinho*.

No entanto, as mulheres soropositivas para os vírus HIV e HTLV lembraram dos momentos que não amamentaram os(as) filhos(as) devido à soropositividade, enquanto que, as gestantes soropositivas lamentaram porque não iriam poder amamentar seus filhos. Assim, uma delas relatou: *Eu senti vontade porque eu não pude amamentar minha filha. Até hoje eu sinto esta vontade por que eu não pude amamentar. Eu lembrei logo que não podia dar. Eu senti que não podia dar de jeito nenhum*.

Por outro lado, algumas mulheres informaram que ao visualizarem a mesa arrumada, elas imaginaram que a pesquisadora iria fornecer informações sobre o processo de amamentação e não-amamentação, cuidados com a mãe com HTLV e como alimentar uma criança com mamadeira, uma vez que as soropositivas não podem amamentar seus filhos, tendo sido afirmado por uma delas: *de início eu senti assim os cuidados que vocês estão tendo com estas mães, não só com estas mães, como também, com os recém-nascidos, que é muito importante passar para elas o por que de não amamentar [...] em caso de estar contaminada com HIV e, também, alguns cuidados*.

Outras, ainda informaram ter achado a situação bonita e engraçada, entretanto, quando perceberam que havia uma mamadeira de leite materno com o vírus, tal fato lhes causou susto, impacto, constrangimento e pavor em ver um leite materno contaminado, especialmente, porque iria transmitir a doença para a criança.

Algumas relataram: *achei bonitinho e engraçado (...) depois tomei um susto quando entrei e vi escrito leite materno com HIV (...) realmente foi um certo impacto, quando eu bati os olhos e que vi (escrito HIV) (...) é meio constrangedor ver que um leite deste está contaminado (...) eu senti assim, um baque, eu senti assim uma coisa forte, são palavras fortes porque eu já tenho um conhecimento do HIV e do HTLV (...) pavor, porque eu sei que se eu tiver um filho agora, eu vou ter um filho com este problema e eu não quero (...) quando eu bati o olho naquela mamadeira, eu disse: aquele ali não serve, ele tá contaminado!*

Vale ressaltar que uma das mulheres soropositivas para o HIV relatou que ao se deparar com as situações pensou em algumas mães que mesmo sabendo que são soropositivas amamentam os filhos ao dizer: *pensei em algumas mães. Eu mesma conheço uma que pegou o vírus do HIV, engravidou e depois as crianças nasceram sem o vírus e ela [...] mesmo sabendo [...] amamentou as crianças.*

Após a realização da encenação proposta na dinâmica interativa, foi realizada uma entrevista com perguntas fechadas com objetivo de fazer emergir das mulheres informantes o conhecimento sobre a amamentação, a não-amamentação, a soropositividade e os vírus/doença e transmissão vertical, tais respostas serão apresentadas na análise e discussão dos resultados.

6.5 QUADRO DE CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

QUADRO DE RELAÇÃO DE CATEGORIAS/SUBTAGORIAS/CÓDIGOS			
CATEGORIA	C	SUBCATEGORIA	SC
Reveses e vieses – o (des)conhecimento como consequência de vidas reescritas	RVV	Conhecimento : uma forma de prevenção, saberes versus fazeres	RVV-FPSF
		Entre a solicitação de informação e a necessidade de apreensão do saber para prevenir	RVV - SINA
Amamentar ou não, um desafio – (des)conhecer, razões para decidir/escolher	ARD	A dupla direcionalidade do (des)conhecer os vírus: no limiar da tomada de decisão para a amamentação	ARD-DDDA
		Atributos valorativos positivos do leite materno	ARD-AVPL
		Atributos valorativos negativos do leite materno com vírus	ARD-AVNL
<i>Multiversas</i> maneiras de viver a vida sendo soropositiva	MVS	Significado e significantes do HTLV e HIV: definição/manifestação, o cognitivo e o físico	MVS-SSHH
		Estratégia de enfrentamento – consciencioso e driblando o consciente	MVS-EFDC
A difícil decisão de não amamentar: conflitos valorativos	DNA	Entre o desejo de amamentar e o desejo de manter a vida: conflitos consigo mesma, ser mãe e ser soropositiva	DNA-DACR
		O que eu vejo no meu corpo: alterações físico-orgânicas diante da não amamentação	DNA-CAFO
		Construção social da amamentação	CSA
		A obscuridade diante da janela da vida: desafio do preconceito social	DNA-ODPS
Sentimentos e sensações do <i>ser</i> mãe de filhos livre dos vírus HIV e HTLV	SMF	Conforto e alívio – a tranquilidade de saber que os filhos estão livre dos vírus	SMF-TFLV
		Não amamentar : um ato de amor em preservação a saúde	SMF-NAPS

Quadro 3 - Relação de categorias/subcategorias/códigos. Salvador-Bahia, 2009.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: TRANSVERSALIZANDO IMAGENS, DISCURSOS E REALIDADES

*A finalidade de todas as representações
é tornar familiar algo não familiar,
ou a própria não familiaridade.*
MOSCOVICI, 2003, p.54

Este capítulo apresenta a análise das categorias e subcategorias resultantes da organização dos discursos das mulheres informantes advindos do MCMM transversalizadas com a dinâmica interativa e o TALP, técnicas apresentadas no capítulo precedente, que nesse momento do estudo faz-se mostrar, à luz do referencial teórico e do estado da arte, ferramentas fomentadoras para o pensar/agir/refletir crítico-reflexivo da pesquisadora, em fase de explosão dos conhecimentos, para partilhar com outros sujeitos coletivos os resultados do que emergiu das estratégias de coleta de informações utilizadas na óptica da construção do conhecimento que me foi possível adquirir nesta caminhada de sujeito inquieto no mundo da investigação, a busca de melhor inserir-me e contribuir mesmo que ainda timidamente para a evolução da ciência nessa área do saber.

As representações construídas socialmente pelas mulheres informantes nesse estudo permitiu apreender o conhecimento de quão a existência dos vírus HIV e HTLV influencia na tomada de decisão da mulher em não amamentar o(a) filho(a) devido ao contágio do leite materno, mesmo que a amamentação tenha sido construída como uma forma de afirmação da maternidade no seu processo de viver humano. Porém, neste momento o não amamentar para elas passa a ser aceito como um ato de amor também. A configuração da mãe-maternidade, ou seja, dar o peito à “cria”, tão valorizado culturalmente em nosso meio, traz, a princípio, nessas mulheres, um sentimento de perda da maternidade, mas, tão logo reconhece o leite como agente potencializador de contágio, a decisão da não amamentar reverte-se em cuidado, proteção, sobrevivência, dignidade e respeito à vida, adjetivos que vão ao encontro do que essas mulheres denominaram como um ato de AMOR ao(a) seu(sua) filho(a).

7.1 PRIMEIRA CATEGORIA: REVESES E VIESES – O (DES)CONHECIMENTO COMO CONSEQUÊNCIA DE VIDAS REESCRITAS

Olhar a vida nos direciona a pensá-la em múltiplas faces que revés em vieses na perspectiva de compreender direções tomadas. Olhar à frente – tempo futuro –, olhar para trás

– tempo passado –, olhar o momento – tempo presente. Pensar o tempo, viver o tempo e olhar para o horizonte na busca de prever o tempo.

Essas breves linhas introdutórias remetem a um pensar na busca de compreender o tempo no sentido em que este se reveste em apreensão de conhecimento a partir das histórias de vidas construídas, assimiladas e disseminadas. Um olhar o tempo de construção de saberes adquiridos e ancorados nas representações que nos permite viver e reescrever novas histórias de vida, porém o viver socialmente nos traz o conhecimento, mas também desconhecimento. Ambas as palavras antônimas entre si, no entanto, o fio condutor do saber entre elas encontra-se no limiar de como a apreensão cognitiva do conhecimento se configura para cada sujeito em seu *ser* particular de existir, assim, reveses e vieses foi a maneira encontrada para falar do tempo e do conhecimento ou desconhecimento, palavras que gritaram no discurso das participantes desse estudo e que se mostraram como uma condição *sine qua non* para apreender as representações construídas por essas mulheres sobre o contágio do leite.

Essa **CATEGORIA** encontra-se organizada nas subcategorias **Conhecimento: uma forma de prevenção, saberes versus fazeres** e **Entre a solicitação de informação e a necessidade de apreensão do saber para prevenir** das mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV e HTLV diante das representações do contágio do leite materno.

7.1.1 Subcategoria: Conhecimento: uma forma de prevenção, saberes versus fazeres

Na TRS, Moscovici (1978), ao classificar e analisar os sistemas de comunicação produtores de representações sociais, caracteriza a difusão como responsável pela geração de opiniões. Esse modo específico de disseminação pelos meios de comunicação constitui-se numa forma bastante utilizada nas campanhas de saúde pública como chamamento para ações preventivas, a exemplo, as campanhas empreendidas pelo Ministério da Saúde do Brasil sobre a aids. Os três grupos de mulheres (SN, SP HIV e SP HTLV) constituintes da amostra, quando interrogadas se já ouviram falar sobre o HIV, foram unânimes em afirmar possuir informações sobre o tema.

Sobre isto, vale salientar que informação é uma palavra utilizada na linguagem comum e o seu conceito “está sempre ligado ao significado e é usado como sinônimo de mensagem, notícia, fatos e idéias que são adquiridos e passados adiante como conhecimento” (MACHADO, 2003, p. 15).

Por outro lado, conhecimento está associado com pragmática, ou seja, relaciona-se a alguma coisa no mundo real, do qual se tem a experiência direta da vivência. De modo que o conhecimento está ligado diretamente à cognição através da percepção, do reconhecimento e da compreensão que convergirão para o julgamento através do raciocínio para o aprendizado e a partir deste, tomar decisões e chegar a soluções possíveis, para tanto, é destaque o que o cérebro apreende e capta por meio dos órgãos dos sentidos. Com isso, diz-se que a cognição é mais do que aquisição do conhecimento, é, sobretudo, a nossa adaptação ao meio e também um mecanismo de conversão do modo de ser e viver o mundo como sujeito social (WIKIPEDIA, 2009).

- **HIV: Como se sabe?**

Quando se trata de saber sobre como foi adquirido o conhecimento sobre a infecção pelo HIV/aids, a televisão exerceu massivamente influência sobre a aquisição do saber relativo à infecção pelo HIV/aids. No *survey* descritivo, o grupo de mulheres soronegativas declarou que obteve informações através da televisão (45,8%), sendo que as portadoras de HTLV foram informadas (66,7%) pelo mesmo canal de comunicação, assim como as portadoras de HIV (54,2%). Foram mencionados outros veículos de difusão em percentuais pouco significativos (escola, revista, lar e rua). Para precisar exatamente quem informou sobre o assunto, mais uma vez prevaleceu a maioria influenciada pela mídia, seguida por professores(as), profissionais de saúde, familiares e amigos, todos em percentuais em torno de 10%, que, comparado aos meios de comunicação de massa, exerceram papel secundário.

O destaque encontrava-se nos programas televisivos devido à possibilidade de aquisição do aparelho pelo baixo custo, sendo que outras formas demandam altos custos (jornais, revistas e livros), além dos entraves com nível de escolaridade. As instituições públicas (Escola, Saúde) veiculam informações dirigidas a uma população mais específica, de modo que só timidamente alcançam o público em geral, e este possui mais perguntas do que respostas sobre o conhecimento do vírus.

As informações sobre a infecção pelo HIV/aids adentraram os lares das famílias brasileiras, a partir da década de 80 do século passado, e foram disseminadas, especialmente pelos veículos de comunicação em massa. A mídia teve e, ainda tem, influência significativa na disseminação da informação sobre o vírus, contribuindo para a elaboração de representações sociais sobre a infecção pelo HIV/aids, que perduram até os dias atuais no imaginário das mulheres e da população em geral.

O diálogo sobre a infecção pelo HIV/aids ainda está aquém do desejado na óptica das participantes deste estudo. Foi possível perceber também que o diálogo entre os profissionais de saúde e a população é bastante tímido, e estes vêm acontecendo com maior frequência nos serviços de referência para portadoras do vírus.

As campanhas veiculadas pelos meios de comunicação sobre prevenção do HIV têm uma abrangência larga sobre a população em geral, porém a informação é direcionada à transmissão pelo ato sexual, com destaque para o uso de condons (camisinhas), e não focalizam igualmente as outras formas, dentre elas a transmissão vertical, que ficam obscurecidas.

É as pessoas que não se cuidam. Não fazem exame, não fazem as coisas certas, pegam o vírus e o HIV. Este leite não serve para a criança. Esse já está contaminado [...] (GESTANTE 16 SN).

*[...] o HIV é um vírus transmitido **pela relação sexual**. Eu acho que vai prejudicar a criança e esse vai transmitir para a criança, que é o leite materno da mãe que com certeza vai passar pelo sangue (GESTANTE 34 SN).*

Assim, as campanhas veiculadas têm um “ar” de divulgação específica à prevenção sexual, quando deveria abranger todos os meios de transmissão dos vírus para produzir a apreensão de saberes cognitivamente constituídos. Ficou evidenciado na coleta de dados e a partir das vivências com as participantes deste estudo que a forma de veiculação da informação preventiva ainda não alcançou uma metodologia que permita ao sujeito elaborar representações que os possibilitem julgamento crítico-reflexivo para promoção de sua saúde e prevenção da doença, para além do ato sexual.

- **HIV: o que se sabe?**

Quando se trata de precisar o que as mulheres entrevistadas sabem sobre as formas de transmissão do HIV/aids as diferenças por grupo e conteúdo se diferenciam. Existe quase que uma certeza absoluta nos três grupos no que se refere à transmissão via contato sexual, contaminação sanguínea e transfusão, o que não ocorre em relação à transmissão vertical, conforme quadro 4:

	SN (%)	HIV (%)	HTLV (%)
CONTATO SEXUAL	95,8	87,5	91,7
SANGUE CONTAMINADO	91,7	100,0	95,8
TRANSFUSÃO	91,7	91,7	95,8

Quadro 4 - Conhecimento de mulheres segundo condição sorológica sobre a transmissão sexual e sanguínea do vírus HIV. Salvador-Bahia, 2009.

Poderíamos afirmar que existe um consenso entre todos os grupos relativo às três formas de transmissão acima destacadas.

No entanto, a difusão e propagação como formas de veiculação da informação atinge diferentemente os grupos que constroem representações específicas relativas a outras formas de transmissão, como se encontra configurado no quadro 5:

	SN(%)		HIV(%)		HTLV(%)	
	CONCORDA TOTALMENTE	DÚVIDA	CONCORDA TOTALMENTE	DÚVIDA	CONCORDA TOTALMENTE	DÚVIDA
SEXO ORAL	75.0	20.8	70.8	25.0	75.0	20.8
TRANSMISSÃO MÃE/FILHO	62.5	16.7	50.0	29.2	87.5	—
LEITE MATERNO	54.2	33.0	87.5	—	100	—

Quadro 5 - Conhecimento de mulheres segundo condição sorológica sobre a transmissão sexual e vertical do vírus HIV. Salvador-Bahia, 2009.

As representações sobre transmissão mãe/filho, sexo oral e leite materno não são homogêneas para os grupos que revelam incertezas quanto a essas vias.

Por outro lado, observou-se que algumas crenças sobre a transmissão do HIV/aids foram abolidas no decorrer do tempo desde a década de 80 quando se construíram infundadas crenças, tais como: pegar na mão, abraçar e beijar. Todas as pessoas entrevistadas declaram discordar da veracidade dessas formas de contágio.

Paradoxalmente, destaca-se que falsas crenças sobre a transmissão do HIV ainda permeavam o imaginário social de algumas mulheres, dentre elas aquelas de que o vírus pode ser transmitido compartilhando copos, prato e talheres; pela saliva e picada de mosquitos. Sobre essa questão, Jodelet (1998; 2005), em sua análise sobre a construção da alteridade no seu livro sobre loucura e representações sociais, assim como quando ela trata do estudo sobre representações do contágio e aids, revela a presença das mesmas formas de contaminação em suas pesquisas, e que foram aqui constatadas nos nossos resultados.

Desde o início do surgimento da aids, a sua transmissão pelo sangue e esperma deram lugar a uma visão biológica – o contágio por meio de outros fluidos corporais como: saliva e suor. Esta crença respaldou-se na teoria dos humores corporais, ao relacionar o contágio pelos fluidos do corpo. Em se tratando da aids, o suor e a saliva representavam o sangue, e o simples contato era visto como contaminante, pois associava-se a secreções corporais (JODELET, 2001).

Segundo Jodelet (1998), as “falsas crenças” (grifos da autora) persistem mesmo em caso de posse de informações corretas sobre a aids e sua transmissão, constituindo-se em enigma nos dias atuais. Neste estudo, o despontar das “falsas crenças” emergiu também em relação à contaminação por meio do leite materno, quando, na dinâmica interativa, uma das informantes escolheu a mamadeira com leite materno com HIV justificando sua escolha pelo desconhecimento do vírus HTLV, acreditando que quando a mulher está na fase inicial da infecção pelo HIV não transmitirá o vírus ao seu filho ao amamentá-lo e que a supressão da amamentação somente pode ser realizada quando a infecção está avançada. A fala abaixo ilustra esta crença.

Então, porque eu não tenho conhecimento nenhum com a de cá (HTLV) entendeu? Eu nunca ouvi falar, eu não sei o que é. Eu escolhi com HIV porque independente se a pessoa não tiver com a contaminação bem ultrapassada, só com o vírus pelo menos ainda dá para levar (amamentar), e já com a doença passada não dá, entendeu? Como eu estou lhe dizendo, eu escolhi a de cá (leite com HIV) porque eu não tenho experiência nenhuma sobre esta outra doença (MÃE 32 SP HIV).

As falsas crenças podem influenciar na percepção de risco da infecção pelos vírus HIV. A ideia de que todo contato com líquidos corporais constitui risco, “faz o medo permanecer e mesclar-se às diferentes maneiras de se compreender a infecção pelo HIV” (PAULILO; JEOLÁS, 2005, p. 19), podendo ainda intensificar o preconceito, discriminação e isolamento social das pessoas soropositivas. Segundo Jodelet (2001), o ressurgimento de crenças arcaicas ocorre em virtude da falta de informação.

- **HTLV: como sabe?**

Diferentemente do que se sabe sobre o HIV, massivamente difundido pela mídia, o que as mulheres sabem sobre o HTLV foi informado pelos profissionais de saúde. Assim, 91,7% das soropositivas para o HTLV, e 25% para as soropositivas para o HIV obtiveram conhecimento diretamente dos profissionais de saúde. Constata-se uma lacuna na sociedade em geral, que carece de informações relativas ao HTLV. Desse modo, evidencia-se o desconhecimento da população sobre esse vírus, que tem apenas uma pequena parcela de cidadãos informados, isso após terem sido acometidos pelo infortúnio desse mal. Tal fato lança a sociedade no abismo da impossibilidade de medidas preventivas.

- **HTLV: o que se sabe?**

Em relação ao vírus HTLV, existe uma disparidade de (des)conhecimento: 91,7% das mulheres soronegativas declaram nunca terem ouvido falar; 66,7% das soropositivas para o

HIV, também desconhecem, contra apenas 33,3% que têm conhecimento nesse grupo. Somente as soropositivas para o vírus HTLV, em sua totalidade (100%), ouviram falar do referido vírus.

Quando interrogadas sobre o HTLV, das 72 participantes da dinâmica interativa, apenas duas mulheres soronegativas e oito soropositivas para o HIV informaram já terem escutado alguma vez falar sobre o HTLV, porém o conhecimento que obtiveram não as permitiu apreender sobre o vírus. Entre as soropositivas para o HTLV, a maioria passou a obter algum conhecimento quando se descobriram soropositivas, mas tal conhecimento era limitado diante das respostas às perguntas sobre o vírus.

Um aspecto que merece destaque refere-se ao fato de que a maioria das mulheres ouviu falar do HIV durante a adolescência. Entretanto, o HTLV só passou a ser conhecido pelas mulheres quando estas se encontravam na idade adulta, mediante informações transmitidas pelos profissionais de saúde (enfermeiras, médicos e assistente social) nos locais destinados ao diagnóstico e acompanhamento de pessoas soropositivas, como os centros de referência, hospitais e laboratórios. Entretanto, nestes serviços a promoção e prevenção da saúde com relação a outras IST, especialmente a infecção pelo HTLV, era pouco explorada.

O conhecimento sobre o vírus HTLV indica que ele não está apreendido pelos profissionais de saúde em geral, de modo que apenas os que são especializados têm uma práxis cuidativa voltada para portadores. Mesmo assim, estes profissionais somente tratam de medidas preventivas para que os soropositivos não disseminem o vírus, após a constatação do diagnóstico de infecção pelo vírus HTLV.

Por outro lado, é factível a compreensão de que se esse fato acontece assenta-se em primeira instância na formação profissional e na divulgação na comunidade acadêmica e em geral sobre o vírus, o qual se apercebe como desvalorizado para a saúde pública quando em comparação com outras IST, especialmente o HIV – esta última, pelo seu estigma por mostrar-se mais em relação ao HTLV. No entanto, olhar de forma reducionista sobre esta infecção é vendar os olhos frente à gravidade de suas manifestações nos portadores. Assim, neste estudo, as mulheres soropositivas clamam por informações que as ajudem a viver melhor e ter qualidade de saúde e assistência para o seu viver cotidiano em enfrentamento com o vírus HTLV.

Reforçando essa inquietação, vale salientar que a maioria das mulheres soronegativas (91,7%) e soropositivas para o HIV (66,7%) deste estudo informou não conhecer o vírus HTLV, sendo praticamente impossível alguma forma de prevenção de sua contaminação pelos grupos não acometidos.

Chama atenção o fato de serem solicitados pelos profissionais de saúde os exames do pré-natal, sem que as mulheres fossem informadas com clareza para o nível de compreensão das mesmas sobre o conteúdo dos exames, especificamente a sorologia para o HTLV. Desse modo, elas desconheciam o vírus e seu estado sorológico, reforçando assim uma lacuna na preparação da prática profissional sobre a necessidade de ser desenvolvido em suas atividades de orientação e educação em saúde para o autocuidado das pessoas em sua atuação profissional. Isso explica o desconhecimento do HTLV, quase na totalidade entre as soronegativas, e 2/3 das soropositivas para o HIV.

O desconhecimento sobre o vírus HTLV foi identificado na dinâmica interativa, quando foi exposto às informantes a encenação e questionado o porquê da escolha da mamadeira contendo leite com HTLV, as mulheres justificaram o motivo de sua escolha o fato do desconhecimento do HTLV, uma vez que acreditavam saber mais sobre o vírus HIV e a letalidade deste para o seu processo de viver humano, conforme observa-se abaixo:

Ah, (pausa) é simples, o conhecimento. Não conheço muito sobre o HTLV. O pouco que ouvi falar sobre HTLV, é que ele é menos agressivo que o HIV. Como eu não tenho opção..., tenho que escolher, eu escolheria o HTLV por achar que seja mais fácil o tratamento (MULHER 19 SP HIV).

Leite materno com HTLV. O que é isso? (perguntou surpresa). Eu já sei que não é o HIV. Então eu escolho a com HTLV, porque o leite materno com HIV é contaminado e o outro eu não sei qual o significado e deve ser que não é contaminado (MULHER 31 SP HIV).

Porque eu acho que, sei lá, eu acho que não tem o vírus aqui. Porque normalmente quando diz o HIV, ele tem o vírus em tudo quanto é parte, não é? Então, como a mulher estava me explicando, ela disse que o HTLV, normalmente ele não pega não, no leite materno. Você pode dar a criança, normal (GESTANTE 19 SN).

Desse modo, apreende-se que o desconhecimento sobre o HTLV levou as mulheres, hipoteticamente, a contaminarem o boneco (recém-nascido) ao escolherem a mamadeira com o vírus para lhes oferecer. Pela falta do conhecimento, na realidade cotidiana, muitas crianças vêm sendo contaminadas pelo HTLV via transmissão vertical.

Como explicitam os quadros a seguir, pode-se constatar que apenas as mulheres soropositivas para o HTLV possuem um conhecimento sobre esse vírus e, mesmo assim, ainda incipiente, resultado evidenciado mais explicitamente no MCMM e no TALP, conforme apresentado anteriormente.

	SN(%)	HIV(%)	HTLV(%)
CONTATO SEXUAL	—	29,2	91,7
SANGUE CONTAMINADO	—	29,2	95,8
TRASFUSÃO	—	29,2	95,8

Quadro 6 - Conhecimento de mulheres segundo condição sorológica sobre a transmissão sexual e sanguínea do vírus HTLV. Salvador-Bahia, 2009.

Poderíamos afirmar que existe total discordância entre os grupos relativa às três formas de transmissão acima destacadas.

Vale destacar que nenhum meio de comunicação (difusão, propagação e propaganda), como formas de veiculação da informação, exerce influência sobre os grupos, sendo, portanto, inviável a construção de representações pelos meios de *mass media*. Apenas as mulheres que foram acometidas pelo HTLV têm a possibilidade de elaborar alguma ideia, quando induzidas pelos profissionais de saúde. Entretanto, tal conhecimento ainda é permeado de dúvidas, conforme pode ser observado no discurso dessa informante:

Eu fico em dúvida sobre este tal de HTLV, porque ainda não tenho profundidade sobre o que significa este tipo de vírus. Para mim foi uma surpresa porque eu tive tanto filho e nunca constou isto. Nesta gravidez que veio constar. Então eu fico assim em dúvida se realmente eu tenho isso. Eu penso que não pode dar [o leite] não pode dar a criança (MÃE 28 SP HTLV).

	SN		HIV		HTLV	
	CONCORDA TOTALMENTE	DÚVIDA	CONCORDA TOTALMENTE	DÚVIDA	CONCORDA TOTALMENTE	DÚVIDA
TRANSMISSÃO MOSQUITO					25,0	29,0
SALIVA					20,8	33,3
TRANSMISSÃO MÃE/FILHO			16,6	—	87,5	—
LEITE MATERNO			29,2	—	95,8	—

Quadro 7 - Conhecimento de mulheres segundo condição sorológica sobre a transmissão sexual e vertical do vírus HTLV. Salvador-Bahia, 2009.

Entre algumas mulheres soropositivas para o HTLV foi possível constatar que o conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus ainda eram permeadas de falsas crenças, uma vez que algumas delas ainda duvidavam ou acreditavam que o vírus pode ser transmitido pela picada de mosquito (25%) e saliva (20,8%). Entretanto, desacreditavam totalmente no contágio pelo beijo, aperto de mão, abraço, prato e talher.

O vírus HTLV é desconhecido da população em geral e entre as mulheres soropositivas para o HIV e soronegativas, o que foi evidenciado nos discursos dessas mulheres devido à inexistência de campanhas educativas e de outros meios de informação que possibilitem a construção do saber sobre o vírus HTLV. A ausência de políticas públicas de atenção às pessoas portadoras do vírus HTLV, de veiculação de conteúdos através da mídia ou de profissionais de saúde pode favorecer a vulnerabilidade da população em geral, em seus aspectos individuais, sociais e programáticos.

Observa-se, portanto, a ausência de representação social relativa ao HTLV, conforme pode ser constatado nos discursos desses dois grupos de mulheres que emergiram da dinâmica interativa.

*Pelas informações que eu tenho, [leite materno com HTLV] também não é recomendado **só em último caso** mesmo, quando a mãe não tem mesmo como não dar leite materno para a criança. **Eu não sei o que é HTLV**, quer dizer sei, mas agora fugiu da mente (GESTANTE 30 SN).*

*Agora **eu não entendo o significado desse aí** [leite com HTLV]. Porque eu acho que este leite aí é, como que se diz, **sadio** (MULHER 20 SP HIV).*

As associações, quando existem, são imprecisas e genéricas, algumas difusamente relacionadas a outras doenças:

*[...] já o HIV eu sei que não tem remédio, que não tem vacina para isso e o **outro (HTLV)** já não sei, os tipos que causa, se tem cura ou não, eu já não sei (GESTANTE 20 SN).*

*O HTLV não é **aquela bactéria que dá no útero**, que tem que fazer todo um tratamento especial, que é **tipo um câncer**, não é ela? Se está contaminado, não presta. Isto que significa (MULHER 28 SP HIV).*

Nessas falas observa-se, seja o desconhecimento, entre as soronegativas, ou o incipiente saber entre as soropositivas para o HIV, o que reforça a necessidade do sistema público de saúde reavaliar suas estratégias e ações frente às IST/aids, tendo em vista a gravidade do HTLV, tanto para a saúde das pessoas como para os gastos públicos com tratamento da sintomatologia clínica manifesta nos portadores de tal infecção.

Colocar o HTLV em posição de “reserva”, ou seja, não dispensar a atenção necessária na divulgação, tendo em vista a prevenção desta infecção, é escamotear a saúde pública e a gravidade das doenças associadas ao vírus como a leucemia de células T do adulto, uveítes, paraparesia espástica tropical/mielopatia entre outras.

O conhecimento sobre o HTLV apareceu no TALP no campo semântico das mulheres soropositivas para o HTLV, é genérico, impreciso, dando ênfase sobre os aspectos emocionais

com a evocação de palavras **horrível, triste, medo e sofrimento**, que refletem a vivência com a soropositividade. Na dinâmica interativa sua compreensão é reportada à sintomatologia ressentida:

É uma doença que não tem cura. Eu perdi o equilíbrio das pernas, dos quadris, atacou minhas vistas, os ossos que doem (MULHER 30 SP HTLV).

A propagação, como forma de comunicação na construção das representações é necessária, sobretudo para as soropositivas para o HTLV, uma vez que esta comunicação exige organização mais complexa das mensagens necessárias à edificação das condutas, particularmente a formação de atitudes frente ao objeto representado (ORDAZ; VALA, 2000; NÓBREGA, 2001; VALA, 2006).

Conforme foi constatado, prevalecem as opiniões, nesse grupo, representando o HTLV fundamentalmente atrelado ao emocional, e de modo incipiente, associada às doenças incuráveis e transmissíveis que são enraizadas no sistema do pensamento mais arcaico. Poderíamos acrescentar que existem, portanto, apenas elementos germinais para elaboração da representação sobre o HTLV, unicamente para o grupo soropositivo para este vírus.

A falta de informação gera o desconhecimento de que a infecção pelos vírus HIV e HTLV está intimamente relacionada à não-prevenção. Neste caso, em especial, a informante encontrava-se gestante, sendo nesta gestação diagnosticada a soropositividade. Daí observa-se na fala o direcionamento da culpa da contaminação para o espermatozóide, não associando a contaminação a medidas protetoras contra a infecção pelo HIV.

A falta da utilização de medidas preventivas foi evidenciada também entre as mulheres soronegativas, uma vez que elas se encontravam no período gestacional e relataram que se sentiriam tristes se não pudessem amamentar seu filho com o leite materno, mesmo sendo esta uma forma de prevenção da transmissão do vírus. No entanto, o não amamentar gera sentimento de culpa, potencializado por não terem se prevenido, conforme observado nos discursos das informantes abaixo:

*(...) e o que é eu penso deste leite contaminado? Por que ele foi contaminado? **Por falta de prevenção!** (...) se está contaminado não presta para dar a criança. Se eu não pudesse amamentar por isso, eu me sentiria muito triste. O leite é muito bom. Saber que uma criança vai ter que chorar, saber que tem que mamar e não vai poder mamar por causa de mim mesma, não é? **Que provoquei e não preveni!*** (GESTANTE 6 SN).

*(...) quando alguém amamenta uma criança com leite contaminado, automaticamente a criança irá ficar doente também. Bom seria que **nós púdessemos prevenir** para que isso não venha acontecer, cuidar de nós, para poder cuidar da saúde da criança (...)* (SP HTLV 4).

Ainda nas informações advindas do TALP, para o estímulo 4 (HIV) e 5 (aids), a palavra **prevenção** aparece no campo semântico das mulheres soronegativas, denotando que esta perpassa pelo seu universo simbólico, em oposição ao discurso normativo, ou seja, assimilado e apreendido. Segundo Neves (2005, p. 17) “a complexidade da aids envolve não somente o lado cognitivo do conhecimento e da informação, mas também as mudanças de comportamento”. Neste sentido, não basta somente conhecer para prevenir, é preciso mudar comportamentos para o alcance da prevenção.

Esse “descuido” ou falta de prevenção foi fortemente evidenciado nas respostas das mulheres que participaram da dinâmica interativa (*survey* descritivo), ao serem questionadas sobre as formas que utilizam para prevenirem-se contra os vírus ou reinfecções, no caso das soropositivas. A maioria das mulheres – 95% (SP HTLV) e 100% (SP HIV e SN) – afirmaram conhecer as formas de prevenção contra o HIV/aids, citando a camisinha como a principal medida utilizada por elas. Entretanto, 50% das mulheres soropositivas para o HIV e 70,8% das soropositivas para o HTLV afirmaram que nunca utilizaram a camisinha.

Nesta subcategoria foi possível identificar a necessidade de uma intervenção em saúde direcionada ao HIV e HTLV para que a promoção da saúde e proteção específica sejam desenvolvidas em conteúdos que alcancem as populações, e que estas sejam capazes de apreender as informações, de modo a bem saber usá-las, e assim promover saúde por meio de condutas preventivas e de controle dos vírus HIV e HTLV. A subcategoria que se segue vem reforçar essa compreensão, ao tempo em que alinhava as subseqüentes que neste estudo mostram-se como um sistema crescente que sai do estágio de “chuva de inverno” para “tempestades de verão”.

7.1.2 Subcategoria: Entre a solicitação de informação e a necessidade de apreensão do saber para prevenir

Tempestades de verão foi a metáfora que respaldou a compreensão desta categoria que se mostra em suas subcategorias como uma “enxurrada” diante da necessidade de aquisição do conhecimento para prevenção da infecção pelos vírus HIV e HTLV, os **Reveses e vieses** que dão nome a essa categoria assenta-se na consequência do (des)conhecimento como forma de afetar vidas e torná-las frágeis diante da agressividade do processo de viver portando o HIV e o HTLV.

Nesta subcategoria a necessidade de informação das mulheres foi expressa como um grito que ecoa e ressoa pedindo informação, como foi visto anteriormente na subcategoria precedente. Essa necessidade é premente nessas mulheres tornando-se uma representação. Assim, a apreensão do saber para prevenir é uma realidade factual comprovada neste estudo a partir dos instrumentos utilizados que um a um foram validando a tese. Abaixo se pode observar como essas mulheres se preocupam com sua gênese – o filho(a) pela falta de informação de sua soropositividade ou não.

[...] às vezes as mães se contaminam porque não se previnem e muitas porque às vezes não tem informações [...] (MULHER 20 SP HTLV).

Às vezes as mães não sabem que está (soropositiva com HIV) (MÃE 16 SP HIV).

No senso comum, considera-se que o saber é o primeiro passo para prevenir, sendo preciso conhecer, entender, apreender para poder tomar decisão, ou seja, a apreensão de si e de seus valores direcionando para atitudes e comportamentos valorativos. No caso específico da não-amamentação, pode-se concluir que existe um dilema que circunda a tomada de decisão e este, assenta-se na necessidade de informação. Como destacado nas falas anteriores “contaminam porque não se previnem”, no entanto, não se previnem porque “não tem informações”, e também “não sabem” de sua soropositividade. Essas falas remetem ao discurso das mulheres deste estudo que de maneira geral ecoam grito à necessidade do conhecimento.

O não saber sobre a condição sorológica levou uma das informantes a amamentar os primeiros filhos:

[...] meus outros filhos mamaram, entendeu e eu não sabia de nada ainda. Só vim saber depois que fiquei grávida dele [do último filho] (MÃE 32 SP HIV).

O sentimento de descaso transmitido nesta fala busca na justificativa uma maneira de aceitação ainda que nebulosa da contaminação dos(das) filhos(as). Este fato chama-nos a atenção do papel do profissional de saúde e das políticas públicas de saúde para as pessoas, sua forma de estar e relacionar-se com seus pares, neste caso mãe e filho(a), que de forma sutil deixa fluir nas entrelinhas de sua fala a pergunta: se eu fosse informada sobre esse vírus talvez meus filhos não seriam contaminados. Esse questionamento nos remete a inquietações e, a saber, qual o nosso papel enquanto sujeito do cuidado da saúde das pessoas? Estamos de fato fazendo cuidado? E se estamos, segue o caminho correto, ou seja, a promoção da saúde

das pessoas? A resposta a essas perguntas não é nossa pretensão trazê-la clara, mas antes, deixar que os próprios discursos das mulheres nos digam.

Em campo de pesquisa, outras mães relataram terem amamentado pelo fato de não conhecerem a sua soropositividade, a exemplo, de duas mulheres soropositivas para o HTLV. A primeira amamentou as três filhas transmitindo o vírus para todas elas. A segunda, ao se deparar com a soropositividade do companheiro, foi submetida à sorologia para o HTLV, sendo constatada sua contaminação. No entanto, tal constatação aconteceu havia oito meses de amamentação de sua filha, porém a criança não foi contaminada, situação que vai ao encontro do que rege a literatura científica quando diz que cerca de 78% de crianças amamentadas por mães soropositivas para o HTLV não são infectadas.

A reação daquela mulher frente à situação foi de indignação, primeiro porque teve que desmamar a filha de forma abrupta e segundo, porque expôs sua filha à infecção pelo HTLV por falta de informação referente à prevenção deste vírus e, terceiro, questionou as informações veiculadas nas campanhas educativas sobre a amamentação, nas quais em nenhum momento, discutem os riscos da transmissão dos vírus HIV e HTLV por meio do leite materno.

A solicitação de informações foi manifestada pelas mulheres, especialmente quando questionado conhecimento sobre o vírus HTLV, fato bastante enunciado na realização do TALP, no qual foi solicitado que as mulheres dissessem 5 palavras que vinham a sua mente quando eu falava o estímulo 6 (HTLV); a maioria das mulheres soronegativas e soropositivas para o vírus HIV perguntavam: *o que é isso? Qual o significado disso?* Esses questionamentos foram verbalizados não somente como uma demonstração de desconhecimento do vírus, mas, e, sobretudo, como uma solicitação de informação.

Também na dinâmica interativa, ao serem questionadas sobre o que sentiam diante da encenação, algumas mulheres verbalizavam que gostariam de saber mais informações sobre a temática, especialmente as soronegativas. Já as soropositivas para os vírus HTLV e HIV, demonstraram mais interesse em obter informações sobre a alimentação do bebê, uma vez que não iriam poder alimentá-los com leite materno contaminado.

*Não, pensei assim, **saber mais algumas informações** além do que eu já tenho [...] saber mais algumas informações (dos vírus) (GESTANTE 30 SN).*

*Eu pensei que você fosse explicar alguma coisa sobre isso: **aleitamento materno, mãe com HTLV, porque não pode amamentar**. Porque eu não amamentei ela (MÃE 16 SP HTLV).*

*Eu pensei que você ia explicar **como dar de mamar para criança**, como dar mamadeira ao bebê das mães portadoras dos vírus HIV e HTLV para ensinar amamentar (MÃE 33 SP HTLV).*

*Pensei que fosse alguma pesquisa com minha filha [...] eu entendi que era alguma coisa falando sobre o leite, **como você pode adquirir o leite e qual o verdadeiro leite que a gente pode dar ao filho** (MÃE 11 SP HIV).*

A necessidade de saber sobre os vírus e como alimentar o filho com outro alimento que não o leite materno demonstrada a partir dos discursos das mulheres, denota preocupação com o saber cuidar da criança a partir de outras alternativas alimentares, de modo que pudessem adquirir novos conhecimentos que as possibilitassem cuidar bem de seus filhos e nutri-los e, para tanto, fazia-se necessário a aquisição de novos saberes, os quais não eram disponibilizados, emergindo assim uma multiplicidade de dúvidas e insatisfações diante de como fazer e saber cuidar dum ser tão delicado de total dependência de cuidados a serem dispensados em primeira instância por elas – mães.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece em seu Art. 227, os Direitos da Criança no Brasil concretizado por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente. Nesse documento, no livro 1 Art. 4º estabelece que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária e estabelece no capítulo I (Do Direito à vida e à saúde), no Art. 7º que a criança e o adolescente tem direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Baseando-se nesses princípios, o Ministério da Saúde do Brasil, contra-indica o aleitamento materno caso a mãe seja soropositiva para os vírus HIV e HTLV, entretanto, com objetivo de auxiliar as mães soropositivas lançou um Guia Prático composto por orientações de como alimentar a criança, como preparar o leite de acordo com a idade, quanto à introdução de alimentos a partir do segundo mês de vida e quanto aos cuidados higiênicos com a criança e com os utensílios utilizados durante o preparo e administração do alimento à criança (BRASIL, 2004a).

Outro documento importante na política pública de saúde relacionado à transmissão vertical diz respeito ao protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group*. A partir deste documento, o Ministério da Saúde estabeleceu recomendações e rotinas para unidades de atenção primária e serviços materno-infantis, com ênfase na atenção integral a gestantes e crianças.

Na orientação desse protocolo para redução da transmissão vertical está incluído a oferta universal do teste anti-HIV, juntamente com aconselhamento pré e pós-teste; administração de anti-retrovirais à gestante a partir da 14^a semana de gestação, durante o trabalho e parto, ao recém-nascido nas seis primeiras semanas de vida; escolha da via de parto e substituição do aleitamento materno com leite artificial ou leite materno pasteurizado e oferecimento do leite artificial às mulheres portadoras do HIV nos primeiros 12 meses de vida da criança.

Entretanto, com relação ao HTLV, não existe uma política pública específica no que se refere ao dar suporte às mulheres que enfrentam a soropositividade e a não-amamentação, apenas a recomendação para estas mulheres “evitar o aleitamento materno, buscando garantir a nutrição do lactante através de aleitamento artificial” (BRASIL, 2004b, p. 17).

No entanto, para muitas mulheres alimentar a criança com leite artificial nos primeiros anos de vida, torna-se oneroso para suas condições de vida, e alia-se a isto, a falta de informações sobre a melhor forma de alimentar a criança recém-nascida.

Na realização deste estudo, foi observado o quão frequente era a busca por apoio no Centro de Referência para HTLV pelas participantes deste estudo, não somente no sentido de obterem o leite artificial para alimentar os(as) filhos(as), mas também, os modos de como preparar e oferecer os alimentos aos(as) filhos(as). O referido Centro realizava campanhas para aquisição de leite artificial com intuito de oferecê-lo às mulheres que frequentavam a unidade. Muitas vezes, nestas campanhas, não era arrecadado quantidade de leite suficiente para a demanda das mulheres que procuravam o serviço, tornando-se por vezes, uma problemática desafiadora a ser enfrentada pela instituição e pelas usuárias.

Quanto à falta de informações relacionadas aos cuidados com a alimentação da criança, existia uma preocupação da coordenação quanto sua solução. Assim, uma das estratégias visava realizar trabalhos educativos em grupo com as gestantes e mães para discutir sobre os cuidados básicos com a alimentação da criança, porém até o término da coleta de informações este objetivo não havia sido alcançado. Tal iniciativa contribuirá para que sejam implementadas metodologias educativas, tendo em vista os materiais existentes e oferecidos pelo Ministério da Saúde que tangem sobre disseminação de conhecimento referentes ao cuidado com recém-nascidos e crianças.

A mídia, jornais e revistas, especialmente a televisão, tem se constituído em importantes meios de informações sobre a infecção pelo HIV. Desde o surgimento da aids, a circulação das informações por tais meios tem sido importantes mediadores entre o

conhecimento reificado e o consensual, ao mesmo tempo em que se constitui em um grande vetor para a produção das representações sociais.

Além disso, teve e tem um papel central na difusão de informações sobre a aids (CAMARGO, 2003) contribuindo para um aumento significativo no grau de conhecimento científico acerca do vírus HIV, suas interações com o organismo, sua epidemiologia e sobre os principais determinantes sociais dessa epidemia. Contudo, há aproximadamente três décadas e com todos os avanços alcançados diz Ayres que “os enormes progressos do conhecimento e da técnica não esvaziaram os desafios da prevenção [...] e não chegaram a alterar substantivamente os determinantes da vulnerabilidade ao HIV e à Aids [...]” (AYRES, 2002, p. 12).

Deste modo, ainda nos dias atuais, a prevenção continua sendo “uma questão crucial para os programas de controle da Aids” (AYRES, 2002, p. 12). Neste estudo, foi constatado que, mesmo diante das informações veiculadas pela mídia, a grande maioria das mulheres informantes, não tinham conhecimento suficiente que as habilitassem às ações preventivas para impedir a contaminação e disseminação do HIV/aids. Em seus discursos, o não amamentar devido ao contágio do leite materno por este vírus foi citado quase que unanimemente por elas, porém o desconhecimento do HTLV conduziu-nas a escolherem o leite com este vírus para ser oferecido ao boneco (recém-nascido) na dinâmica interativa.

Resulta que não basta somente ter o conhecimento sobre os vírus para evitar a sua contaminação, é preciso antes de tudo, que haja suporte para essas mulheres enfrentarem a soropositividade e a não-amamentação, e assim, garantir o que está postulado na Constituição do Brasil, no Estatuto da Criança e do Adolescente e nas Políticas Públicas de Saúde existentes. É preciso ainda implementar políticas que garantam às mulheres soropositivas para o HTLV os mesmos direitos concedidos às soropositivas para o HIV. Além disso, torna-se imprescindível que estas mulheres tenham conhecimento da própria mudança de seus comportamentos e atitudes.

Diante do observado, amamentar e não amamentar é um desafio a ser enfrentado pelas mulheres soropositivas, aspectos que passarão a ser percorridos na categoria que se segue, que nos traz como desafio lidar com a dupla direcionalidade entre o bom e o mal em antônimos tênues para o aleitamento materno.

7.2 SEGUNDA CATEGORIA: AMAMENTAR OU NÃO, UM DESAFIO – (DES)CONHECER, RAZÕES PARA DECIDIR/ESCOLHER

É do senso comum que amamentar é o ato de oferecer leite materno a uma criança nos primeiros anos de vida, e também a melhor forma de nutrir e proteger a criança contra infecções, além de promover uma troca afetiva entre mãe e filho(a). O leite materno se constitui num importante alimento para as crianças devido às suas propriedades nutricionais, bioquímicas e imunológicas, essenciais para a promoção e proteção à saúde. Amamentar traz benefícios para a saúde psicológica das crianças e das mulheres, reforçando o sentimento de segurança e proteção do papel de mãe.

As pesquisas comprovaram cientificamente a importância da amamentação para a criança, mulher, família, comunidade e o planeta terra. O valor do leite materno para a saúde da criança começou a ser divulgado na mídia, por meio de políticas públicas de saúde, influenciando os profissionais e as mulheres.

Entretanto, a partir das descobertas científicas sobre o contágio do leite pelos vírus, o ato de amamentar ganha uma nova conotação, uma vez que ele carrega consigo a infecção pelos vírus HIV e/ou HTLV, que podem ser transmitidos para a criança; o senso comum atribuiu outros valores de cunho negativo, como: *ruim, não presta, contaminado, infeccionado, não faz bem, transmite o vírus, é doente, é venenoso*, significados presentes nas representações sociais das informantes deste estudo.

Assim, a característica desta **CATEGORIA** mostra-se ancorada nas subcategorias **A dupla direcionalidade do (des)conhecer os vírus: no limiar da tomada de decisão para a amamentação**, **Atributos valorativos positivos do leite materno** e **Atributos valorativos negativos do leite materno com vírus** centradas nas razões que levaram as mulheres a decidirem/escolherem o tipo de leite a ser oferecido ao seu filho, a partir do (des)conhecer os vírus/doenças e a transmissão vertical.

7.2.1 Subcategoria: A dupla direcionalidade do (des)conhecer os vírus: no limiar da tomada de decisão para a amamentação

Esta subcategoria expressa a “dúvida” e “obscuridade” frente à tomada de decisão do tipo de leite a ser oferecido ao boneco (recém-nascido) pelas mulheres que participaram da dinâmica interativa, a partir do (des)conhecimento dos vírus. Tais escolhas foram baseadas

nos (des)conhecimentos que possuíam sobre os vírus, as doenças associadas a eles, a transmissão vertical e a atitude frente ao contágio do leite materno.

Sabe-se que o conhecimento sobre os vírus é importante na tomada de decisão para ações de prevenção da infecção. Entretanto, conhecer não foi suficiente para prevenção, é preciso haver mudança de comportamento, e esta requer mudança de atitude das pessoas em relação ao objeto.

A atitude é entendida como uma preparação para ação, podendo ser positiva ou negativa, favorável ou desfavorável, forte ou fraca, e será utilizada de acordo com o que foi apreendido e com que frequência é utilizada, direcionando um comportamento ou uma escolha (VALA, 2006; JODELET, 2001; MOSCOVICI, 1978).

Segundo Vala (2006), a atitude se expressa sempre por respostas avaliativas, sendo identificadas três modalidades que correspondem a formas de expressão: cognitivas, afetivas e comportamentais. As cognitivas referem-se aos pensamentos, idéias, opiniões e crenças que ligam o objeto de atitude aos seus atributos ou conseqüências e que exprime uma avaliação mais ou menos favorável. As respostas avaliativas afetivas referem-se às emoções e sentimentos provocados pelo objeto de atitude e as respostas comportamentais, dizem respeito aos comportamentos ou intenções comportamentais em que as atitudes podem se manifestar.

Desta forma, “as atitudes referem sempre a *objectos específicos* (grifos do autor), que estão presentes ou que são lembrados através de um indício do objecto” Continua o autor, referindo que “quase tudo pode ser objeto de atitudes”, uma vez que “temos atitudes face a entidades abstractas ou concretas, a entidades específicas ou gerais e a comportamentos ou a classe de comportamentos” (VALA, 2006, p. 190).

As atitudes podem ser avaliadas mediante a utilização das técnicas de medição das atitudes, a depender de suas formas de expressão – cognitivas, afetivas e comportamentais. Neste estudo, não é intenção nos determos nas explicações da maneira como estas técnicas são aplicadas, mas saber usá-las na compreensão das representações que emergiram das evocações das informantes.

Entretanto, vale salientar que ao ser realizada a dinâmica interativa, foram observados, medidos e avaliados os conhecimentos que as mulheres possuíam sobre os vírus, as doenças decorrentes deles e as atitudes e comportamentos diante do contágio do leite materno pelo HIV e HTLV.

Os significados abstraídos dos discursos das informantes demonstraram a importância de suas atitudes em suas representações sociais, orientando condutas e comportamentos frente ao contágio do leite materno. As escolhas emergiram a partir do julgamento de valor que

atribuíam ao leite materno e ao leite contendo os vírus. Quando unanimemente escolheram o leite materno sadio, elas justificavam suas escolhas a partir da ausência do vírus no leite, já que se escolhessem o leite com o vírus estariam prejudicando o recém-nascido, podendo infectá-lo.

Porque se eu escolho o leite que tem o vírus é obvio que este vírus vai infectar a criança (MULHER 13 SP HTLV).

Eu escolho o leite materno porque no caso não seria infectado, não ia passar o problema para a criança que é um problema para o resto da vida (MÃE 17 SP HIV).

Para mim significa (pausa) porque se eu fosse pegar este leite materno com HIV para dar ao meu filho, eu não vou estar fazendo o bem dele, eu vou estar prejudicando ele, porque eu sei que HIV é uma doença que não tem cura, entendeu? Então, por isso, este foi o motivo (da escolha do leite materno) (GESTANTE 13 SN).

Escolhi a mamadeira sem o vírus porque pode passar para o bebê, que é uma coisa que previne logo. Quando a gente tem o vírus HIV, identifica logo no exame para poder não contaminar o bebê. Então porque dá a mamadeira com o vírus? Eu não escolheria a com vírus de jeito nenhum. Escolhi esta porque está saudável, sem vírus, sem nada, só o leite materno (GESTANTE 11 SN).

Nessas falas percebe-se a compreensão das informantes sobre a transmissão do vírus pelo leite e a possibilidade de prevenção da doença no(a) filho(a) e demonstra que elas detêm informações que reforçam o senso de proteção e a maternidade. Esse discurso foi unânime no desenvolvimento da dinâmica onde ocorreu a encenação para a escolha das mamadeiras com leite materno, quando foram solicitadas a escolher entre o leite materno e o leite materno com HIV.

Observa-se assim que a tomada de decisão emerge de um saber construído no imaginário social em relação ao vírus HIV, que guia a atitude de não transmitir a infecção ao(a) filho(a). No entanto, essa escolha, embora aparentemente fácil, traduzia, na maioria das vezes, um sentimento de revolta e culpa, pois o ato de amamentar para elas era inerente ao ser mulher-mãe. Por outro lado, observou-se que as mulheres do estudo ressignificavam sua soropositividade, pois maior que ser mãe para amamentar, era ser mulher para criar e educar o(a) filho(a) numa sociedade em que a estigmatização da doença é forte concorrente no convívio social, o que, para elas, era maior que o sofrimento que o vírus causava em seu organismo. Sobre tudo isso se assentou a tomada de decisão – não amamentar.

No entanto, não se pode dizer que elas conhecem a transmissão vertical dos vírus HIV e HTLV, pois ainda existiam dúvidas que pairavam sobre elas quando as mulheres foram submetidas à encenação: LM com HIV e LM com HTLV, emergindo nos discursos

interpretações que demonstravam este estado de dúvida frente à escolha do leite a ser oferecido ao boneco (recém-nascido), como se pode observar nas falas que seguem:

Escolho essa daqui (leite com HIV) porque eu não tenho conhecimento nenhum com a de cá (leite com HTLV) entendeu? Eu escolhi o leite com HIV porque [...] se a pessoa não tiver com a contaminação bem ultrapassada, só com o vírus pelo menos ainda dá para levar, e já com a doença passada não dá, entendeu? Como eu estou lhe dizendo, eu escolhi a de cá porque eu não tenho experiência nenhuma sobre esta outra doença (MÃE 32 SP HIV).

Do HIV sincera e honestamente eu tenho todas as dúvidas. Porque conheço 'n' casos de crianças que foram amamentadas com mães soropositivas e que elas são negativas. Elas não desenvolveram o HIV através do leite materno. Já há outras mães que não amamentaram e que as crianças são soropositivas. E não me deixa claro, se apesar de ter escolhido o HTLV pelo impacto de ser soropositiva e ver HIV uma coisa muito difícil de lidar e como eu estou te explicando, HTLV foge aos meus conhecimentos, então eu escolhi o HTLV, mas acho também que o HIV não seria um risco tão grande, seria pequeno, remoto (MULHER 19 SP HIV).

Porque aí se eu tivesse com HIV, tinha que escolher o leite materno com HIV (GESTANTE 26 SN).

Nessas falas observa-se que a tomada de decisão pelo leite materno com o HIV é mais evidente do que o com HTLV. Tal fato, compreendido à luz do saber dessas mulheres, nos remete à interpretação de que, por ser o vírus HIV mais conhecido delas e ter maior circulação de informação pelos meios de comunicação de massa, permite que elas tracem um julgamento clínico de tratamento e de convívio com a doença, diferentemente do que ocorre com o HTLV.

Embora a minha expectativa de pesquisadora guiasse o meu raciocínio no sentido de que as mamadeiras com os vírus HIV e HTLV seriam recusadas por essas mulheres, tal fato não ocorreu e elas preferiram a opção da mamadeira com vírus HIV. O que me levou à indagação: por que em pleno século XXI pairam dúvidas desta natureza nessas mulheres? Penso que resposta a essa pergunta nesse estudo poderá clarear alguns caminhos, e, embora não alcancem todos os pontos escuros e obscuros na promoção de sua saúde e prevenção de doenças, favorecerão ao processo de viver humano de forma mais saudável.

No entanto, o alcance desse viver mais saudável, entre outros aspectos, assenta-se naquele que diz respeito à apreensão do conhecimento para atitudes e comportamentos mais saudáveis e a preocupação com o social e, em particular, a educação que vai ao encontro da cognição, remetendo à necessidade da informação e sua propagação, aspecto que não foi bem enunciado nos saberes constituídos dessas mulheres, como pode ser observado no discurso da mulher 31 SP HIV, a qual demonstrou conhecer o HIV e desconhecer o HTLV.

[...] você botou duas mamadeiras e então essa daí eu observei que tinha o HIV, o outro eu não sei, então veio o que na minha cabeça, se eu tivesse um filho, lógico, eu ia escolher o outro, que eu não conheço, não sei o significado do outro ainda! Mas eu sei que é com o HIV eu não escolheria (MULHER 31 SP HIV).

Por outro lado, o conhecimento para determinar atitudes e comportamentos precisa ser objetivado e ancorado para se tornar familiar, daí porque é possível inferir que como o HTLV ainda não está ancorado no universo cognitivo destas mulheres, ainda não possui representações sociais formadas para as mulheres soronegativas e para as soropositivas para o HIV e estão em processo de germinação para o grupo de mulheres soropositivas para o HTLV, ou seja, para muitas mulheres deste estudo o HTLV era algo estranho e desconhecido. Segundo Moscovici (2003), as coisas que não são classificadas por serem estranhas possuem existência considerada ameaçadoras. Este autor segue afirmando que é impossível classificar e ao mesmo tempo dar nomes ao que não pode ser nomeado, por ser anônimo, ao que não pode formar uma imagem comunicável, por não estar ligada a outras imagens.

Embora os ensinamentos trazidos por Moscovici conduzam para a compreensão de que é necessário formar uma imagem para ancorar o saber, o HTLV, como ainda não está ancorado no saber das mulheres deste estudo, é remetido para a compreensão e a imagem que elas têm do vírus HIV. Assim, elas não escolheram nenhuma das mamadeiras com os vírus por desconhecer a potencialidade de infecção do HTLV, reconheciam o risco para o filho.

Isso conduz à compreensão de que a imagem pode apresentar-se *fora de foco, dupla, embaçada*, mas ao longe há, mesmo que superficial, uma ideia do que possa representar, de modo que para estas mulheres a representação que construíram diz respeito à representação de vírus, nominando-o como: *horrível, triste, uma doença que causa medo e sofrimento*, palavras evocadas pelas mulheres soropositivas para o HTLV durante a realização do TALP e que ressoam naquelas mulheres não portadoras deste vírus, dado que, mesmo não conhecendo o vírus, não o escolheram, como seguem anunciadas as falas abaixo:

Eu não escolho nenhuma das duas porque os dois contêm o vírus que pode ser transmitido. Já o HIV eu sei que não tem remédio, que não tem vacina para isso, e o outro já não sei, aos tipo que causa, se tem cura ou não, aí eu já não sei (GESTANTE 20 SN).

É como eu expliquei, eu não escolho nenhuma das duas porque eu ainda não sei o que significa este HTLV. Este daqui eu sei que é o vírus da aids. HIV é o vírus da aids. Mas o HTLV eu não sei (GESTANTE 22 SN).

Eu achava que não deveria escolher nenhum, porque todos os dois nenhum vai servir para ela. Mas tudo indica que talvez este [leite com HTLV] tenha menos contaminação do que o de lá (MULHER 21 SP HIV).

Já a decisão assertiva encontrava-se naquelas mulheres soropositivas para o vírus HTLV, pois demonstravam conhecer os dois vírus e o risco da transmissão vertical, não escolheram, assim, nenhuma das duas mamadeiras como se observa nas falas a seguir:

Eu não escolheria nenhuma para dar ao nenê, porque estão contaminados e pode passar para a criança (MÃE 33 SP HTLV).

Mas os dois vão fazer mal a ele. Eu não ia escolher nenhuma. Pelo menos eu não amamenteei a minha, o médico me orientou (MULHER 22 SP HTLV).

Porque ele ia adoecer o bebê (MULHER 19 SP HTLV).

Porque os dois não têm cura (MULHER 20 SP HTLV).

Nessas falas pode-se observar o emergir da teoria das representações sociais quando nos coloca que as vivências cotidianas refletem as representações que as pessoas constroem sobre as suas relações sociais e afirmam-se ancoradas no discurso socialmente elaborado. Para essas mulheres soropositivas para o HTLV, as representações emergiram das manifestações físico-corporais-emocionais experienciadas com a vivência de serem portadoras dos vírus.

Moscovici (2003) refere-se à representação como um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes, onde cada objeto deve possuir um valor positivo ou negativo, assumindo um lugar determinado numa escala hierárquica. Neste sentido, as mulheres que optaram por não escolherem nenhum dos leites, colocaram numa posição superior hierarquicamente à saúde dos(as) seus(suas) filhos(as) mantendo-os não portadores dos vírus.

O enunciado por Moscovici (2003) sobre valor positivo ou negativo também apareceu fortemente neste estudo, a exemplo do citado anteriormente para o qual as informantes atribuem valores positivos e negativos para o leite materno. Como num sistema de cascata estão demonstrados nas subcategorias subsequentes, as quais reforçam a escala hierárquica de valores referida por Moscovici.

7.2.2 Subcategoria: Atributos valorativos positivos do leite materno

Conforme dito anteriormente, a maioria das mulheres, quando expostas à primeira e segunda opção, escolheu prontamente a mamadeira sem os vírus. A decisão ancorava-se nos atributos valorativos positivos do leite materno para a saúde da criança.

Segundo Japiassú e Macondes (2006, p. 275), valor é

aquilo que dá a algo um caráter positivo. A noção filosófica de valor está relacionada por um lado, àquilo que é bom, útil, positivo; e, por outro lado, à de prescrição, ou seja, à de algo que deve ser realizado. Do ponto de vista ético, os valores são os fundamentos da moral, das normas e das regras que prescrevem a conduta correta [...] e juízo de valor é juízo que estabelece uma avaliação qualitativa sobre algo, isto é, sobre a moralidade de um ato, ou a qualidade estética de um objeto, ou ainda sobre a validade de um conhecimento ou teoria. Juízo que estabelece se algo deve ser objeto de elogio, recomendação ou censura.

Assim, o valor atribuído ao leite materno pelas informantes deste estudo segue a compreensão de bom, útil e saudável para a criança, reforçando, desta maneira, o já aceito no senso comum como atributos positivos ao crescimento e desenvolvimento da criança.

Esse valor atribuído pelas mulheres foi validado nas técnicas de coleta de informações. No TALP, as palavras mais significativas evocadas naquelas soropositivas para o HIV referentes ao estímulo 1 (leite materno) foram: **bom, deve amamentar e é difícil não poder amamentar**. Já no campo semântico daquelas soronegativas, somente apareceu a palavra **alimentação**, no entanto, nenhuma palavra significativa foi evocada pelas mulheres soropositivas para o HTLV.

Na dinâmica interativa, as mulheres, ao reconhecerem o valor do leite materno para a saúde da criança, optaram por oferecê-lo ao boneco (recém-nascido). Assim, o leite materno apareceu em suas falas como: *bom, saudável, importante, evita doenças, sustenta, é vida, é tudo* para a criança.

No MCMM, as informantes modelaram imagens que remetiam a figuras de crianças (Figuras 10 e 12), e acopladas a elas suas significações expressas nas representações sociais ancoradas nos atributos valorativos do leite materno. Nas falas das mulheres ficou evidenciado o significado positivo do leite materno, sendo este o fator importante na sua decisão para a amamentação, não só como fonte de nutrição para a criança, mas como perspectiva futura de subsistência familiar, ou seja, aquele que futuramente irá contribuir no apoio socioeconômico da família, ou seja, como diz uma das entrevistadas, “*um filho que a gente tem agora [...] mais tarde eles vão servir para [...] nos ajudar*”.

Os atributos valorativos do leite materno foram consensuais entre as informantes deste estudo quanto à saúde da criança, sendo reforçado seu valor na prevenção das doenças prevalentes da infância e naquelas de cunho crônico-degenerativo como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo II, as cardiovasculares, entre outras. Neste sentido, a OMS recomenda a amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança, não limitando a este tempo, mas, pelo contrário, dizendo que a mulher, se for do seu desejo, poderá continuar

amamentando seu filho até dois anos e mais de idade, acrescentando outros alimentos, com orientação profissional.

Esta compreensão é utilizada pelos meios de comunicação de massa que reforçam a recomendação da OMS através de propagandas educativas, as quais produzem e reproduzem representações no cotidiano das mulheres que optam por amamentar. Os discursos abaixo refletem este cotidiano:

*O leite materno normal [...] vai ajudar em todo **fortalecimento da criança**, **imunizar** de uma série de **infecções** para o bebê ficar mais **protegido** e garantido. Enquanto ele mama ele está sendo protegido (MULHER 12 SP HTLV).*

*O leite materno é **saudável** e é também como se fosse **uma vacina** que **protege** a criança no crescimento no desenvolvimento da criança, no movimento da criança, e sobre ficar doente, é um leite que **protege** a criança disso tudo, da fase de criança até a fase adulta (GESTANTE 25 SN).*

*[...] é **bom** para saúde [...] e as crianças quanto mais tomam fica mais **saudáveis** (GESTANTE 16 SN).*

Um aspecto observado nas informantes é que o ato de amamentar não esta só no desejo, mas numa forma de exigência social, que é compreendido por essas mulheres como dever. Este, então, ancora-se nas representações que construíram no meio no qual estão inseridas e que lhes foram transmitidas transgeracionalmente, configurando, assim, num ato natural e no qual ela – a mulher – deve amamentar, de modo que por vezes torna-se conflituoso não amamentar seu filho, diante da cobrança dos membros familiares e de outros indivíduos que compõem sua rede social, ou seja, seu grupo de pertença, como destacados a seguir:

*Porque o leite materno é vida. O bebê **tem que** se alimentar no mínimo seis meses, que vai ter as vitaminas e proteção que o leite tem. E o leite com o HTLV ele vai prejudicar a saúde e se o bebê tomar ele pode ter o vírus HTLV (MULHER 27 SP HTLV).*

*O leite materno é um leite saudável, é um leite que toda criança **deve tomar**. Eu, por exemplo, amamentei até os seis anos minha filha mais velha. Ela é muito bonita, muito saudável, porque eu tinha certeza que eu não tinha este vírus. Então, o leite materno é tudo para uma criança, para o desenvolvimento, a saúde, enfim, tudo, o leite materno é para a saúde da criança, para não ficar doente e tudo o mais (MULHER 13 SP HTLV).*

Como pode ser observado a partir destes discursos, o valor que as informantes atribuíram ao leite materno sem o vírus estabeleceu que a amamentação é um fenômeno natural que deve ser realizado, tornando-se obrigatório, como expressaram: **deve amamentar**, no TALP, e **tem que** e **dever tomar**, na dinâmica interativa. Este sentido de obrigatoriedade,

construído ao longo dos anos no senso comum, se revestiu em dificuldades no enfrentamento da soropositividade para os vírus e da não-amamentação. Tal fato foi evidenciado a partir das respostas evocadas pelas mulheres soropositivas para o HIV, quando destacaram em expressão **difícil não poder amamentar** quando solicitadas a emitir cinco palavras que viessem à mente num momento de solicitação do estímulo 1 (leite materno), denotando dificuldade frente ao enfrentamento de não amamentar. Além disso, não poder amamentar por ser soropositiva é não oferecer ao(a) filho(a) um leite rico em atributos valorativos positivos, portanto, é não proporcionar-lhe saúde e proteção contra doenças.

No entanto, embora conhecendo e acreditando no valor positivo do leite materno, a maioria das mulheres o desqualificou quando este foi infectado pelos vírus, expressando como vivenciavam o dilema de saber a importância do leite materno e, por outro lado reconhecer o leite com os vírus, remetendo assim aos atributos valorativos negativos, os quais emergem neste estudo dando nome à subcategoria que se segue.

7.2.3 Subcategoria: Atributos valorativos negativos do leite materno

Os atributos valorativos negativos revelam a outra face do leite materno quando carrega os vírus HIV e HTLV. Santos (2004) destacou em seu estudo a ambivalência vivida pelas mulheres soropositivas para o HIV diante da produção láctea de suas glândulas mamárias, no qual, por um lado, elas tinham a percepção de que seu leite era normal, e por outro, adquiria características que o desqualificava como leite impuro, mortal, contaminado, infectado, venenoso, prejudicial, causador de doenças, transmissor de vírus que pode contaminar a criança.

Neste estudo, tal como no desenvolvido por Santos (2004), as mulheres também destacaram os atributos valorativos negativos do leite materno com vírus, sendo observado na dinâmica interativa, conforme apresentado nos discursos abaixo:

*Eu penso que o leite é o sangue, é o sangue da gente e eu acho que está **contaminado** (GESTANTE 34 SN).*

*Ele quando está contaminado **não serve** para o nenê. Aí tem que dar outro tipo de leite, porque o da mãe está contaminado (GESTANTE 20 SN)*

*Acho que ele [leite materno com HIV] **não é bom**. Dar este daqui (leite materno) seria melhor. Que dá mais imunização para a criança, a criança fica livre de muita bactéria, fica mais saudável (GESTANTE 24 SN).*

*Porque é um vírus [HTLV] e está **infectado** (MULHER 15 SP HTLV).*

Ele [leite com HTLV] é prejudicial (MULHER 27 SP HTLV).

Que este leite está contaminado com o vírus [HTLV] e é um vírus irreversível (MULHER 29 SP HTLV).

Na técnica do MCMM, os atributos valorativos negativos do leite materno com vírus foram objetivados na modelagem de um zero (Figura 21) e acoplado à sua imagem o significado de leite *estragado*, *contaminado* e *ruim*. Foram ainda modelados um bicho, caracterizado como algo *mal* e *contagioso* (Figura 06), e uma panela com leite borbulhando, como um leite coalhado que *não serve* para a criança (Figura 22), sendo considerado um leite *maligno*, *venenoso* e *asqueroso*, representado na modelagem de uma cobra (Figura 02).

Os adjetivos que emergiram das falas das informantes nos remetem à reflexão do quão doloroso deve ser para elas perceberem-se carregando em si um monstro, um bicho, uma cobra, algo ruim, asqueroso gerado fisiologicamente por suas glândulas mamárias e que deveria ser utilizado em benefício de seu(sua) filho(a), mas que, por ser aterrorizante ao ponto de trazer à lembrança o filme de terror (como o citado “Sexta-feira 13”) e outros aspectos de igual temor, perdem, portanto, sua capacidade valorativa à vida.

Tais adjetivos permeiam o imaginário popular e representam socialmente repulsa e, quando isolados, não se perdem em si, pois têm um sentido que conflui para o mesmo significado, ou seja, algo negativo. A palavra *negativo*, na compreensão das informantes, encontra respaldo nas ciências matemáticas que a designa como “menor que zero”, ou seja, sem valoração, daí a denominação dessa subcategoria.

Assim, compreende-se porque o leite não serve, não presta, deve ser expurgado e jogado fora, como se pode observar nas falas subsequentes:

Porque o que tem HIV eu acho não serve para ela (MULHER 23 SP HTLV).

Que este [leite com HIV] não serve que está contaminado e não serve para bebê nenhum tomar (MULHER 25 SP HIV).

Que ele [leite com HIV] não presta, para ninguém, para o bebê principalmente (MULHER 26 SP HIV).

Ah, aí não serve para nada, é para ser jogado fora (MULHER 22 SP HTLV).

Que ele deve ser expurgado e jogado fora porque ele não tem serventia nenhuma (MULHER 12 SP HTLV).

Acrescenta-se a esses adjetivos o termo contágio do leite materno pelos vírus que foi expresso pelas mulheres com a significância de uma coisa horrível, uma situação muito triste, uma destruição imunológica, uma mudança significativa no processo de viver/adoecer e um

morrer “fadado” pelo estigma, mais do que pela degeneração fisiológica. Assim, se mostra a contaminação do leite:

*Leite materno contaminado? As piores coisas. **Horível** isso. É uma situação **muito triste** para quem tem e para uma criança. E quem é adulto já sabe o que causa e o que não causa, e uma criança não (MULHER 31 SP HTLV).*

Essa subcategoria desenvolveu-se à sombra da sua ascendente, de modo que o *Amamentar ou não, um desafio – (des)conhecer, razões para decidir/escolher* se mostrou nas nuances de suas subcategorias. A representação construída pelas informantes nesta categoria retratou o processo de imbricamento que revelou a potencialidade de ação dos vírus frente ao amamentar ou não amamentar. A tênue linha entre as três subcategorias que emergiram desta dimensão chama a atenção para o pensar/agir das participantes deste estudo, de modo a refletir a práxis cuidativa em saúde e nos programas de saúde e a veiculação da informação pelo meio comunicacional existente e de alcance a diversas classes sociais e aos diversos sujeitos sociais em suas multivariadas culturas e posições em suas relações sociais.

Nesse sentido, tais representações são constituídas na teia das informações e crenças adquiridas pelas informantes, as quais se manifestaram a partir das opiniões elaboradas na sua rede cognitiva como elementos em conjuntos, configurando assim, os valores que expressaram diante dos vírus e da vida do seu filho. Assim, segundo Abric (1998), este processo constitui seu sistema sóciocognitivo, neste caso, da amamentação, aspecto que não pode ser desvalorizado, pelo contrário, uma vez que se refere às representações que estão ancoradas em si e que mostram o eu “particular”, mas também o eu sujeito social.

Essa categoria permitiu a abertura para compreender as múltiplas maneiras que as informantes deste estudo adquiriram ao viver com a soropositividade, as quais são descritas na próxima categoria.

7.3 TERCEIRA CATEGORIA: *MULTIVERSAS* MANEIRAS DE VIVER A VIDA SENDO SOROPOSITIVA

Neste estudo, a palavra *multiversas* significa as múltiplas maneiras utilizadas pelas mulheres para significarem e conferirem sentidos aos vírus e às doenças a eles associadas. Denota ainda as múltiplas maneiras que as mulheres soropositivas encontraram para viver seu cotidiano sendo soropositivas, seja de forma consciente ou driblando o inconsciente como estratégia de enfrentamento diante da soropositividade.

Japiassú; Marcondes (2006, p. 252) relataram que

o linguista suíço Ferdinand Saussure estabelece uma distinção entre os significados e significante, na qual o signo linguístico resulta da combinação de uma imagem acústica (o significante) e de um conceito (o significado), que formam uma unidade indissolúvel, dois aspectos da mesma realidade do signo.

Neste sentido, o significado apresenta o conceito ou ideia que as mulheres atribuíram aos vírus/doenças e à sua vivência com a soropositividade, enquanto o significante é a imagem dada a estes objetos a partir das representações que elas ancoram em seu sistema de referência de acordo com seus conhecimentos adquiridos das experiências vividas no cotidiano.

Segundo Moscovici (2003), uma representação social se elabora a partir de dois processos fundamentais: a objetivação e ancoragem. Para este autor, “objetivar é reabsorver um excesso de significações materializando-as [...] é também transportar para o nível de observação o que era apenas inferência ou símbolo” (MOSCOVICI, 1978, p. 111). Por outro lado, segue o autor dizendo, na ancoragem, a sociedade converte o objeto social num instrumento de que ela pode dispor, e esse objeto é colocado numa escala de preferência nas relações sociais existentes (p. 173) “o objeto é associado a formas conhecidas e reconsiderado através delas” (p. 174). No entanto, “representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo; é reconstituí-lo, retocá-lo, modificá-lo o texto” (p. 58). Assim,

[...] a fim de penetrar no universo de um indivíduo ou de um grupo, o objeto entra numa série de relacionamentos e de articulações com outros objetos que aí já se encontram, dos quais toma as propriedades e aos quais acrescenta as dele. Ao tornar-se próprio e familiar, o objeto é transformado e transforma (MOSCOVICI, 1978, p.63).

Desta forma, respaldando-se em Moscovici, representar os vírus/doenças é, ao mesmo tempo, “conferir-lhe o *status* de um signo, é conhecê-lo, tornando-o significante. De um modo particular, dominá-lo e interiorizá-lo, fazê-lo nosso” (MOSCOVICI, 1978, p. 63-64). Segue este autor dizendo que a objetivação demonstra como os objetos representados se integram a uma realidade social, enquanto que a ancoragem retrata o modo como as representações contribuem para modelar e exprimir as relações sociais.

Baseando-se nesses princípios, surgiu esta **CATEGORIA**, a qual se encontra sedimentada nas subcategorias **Significados e significantes do HTLV e HIV: definição/manifestação, o cognitivo e o físico** e **Estratégia de enfrentamento** –

conscioso e driblando o consciente presentes na realidade e no imaginário social das mulheres informantes desta pesquisa.

7.3.1 Subcategoria: Significado e significantes do HTLV e HIV: definição/manifestação, o cognitivo e o físico

Nesta subcategoria encontram-se os significados e significantes atribuídos pelas mulheres informantes aos vírus, estes subjetivados nas imagens das modelagens por elas construídas. Ao definirem os vírus, as mulheres mostraram seus diversos olhares frente ao agente desestruturador do processo de viver humano saudável.

Desse modo, esta subcategoria discute as multiversas maneiras como se formaram as representações sociais sobre os vírus/doenças e os fatores que estão em sua gênese a partir de duas subdivisões: **definindo os vírus, o olhar da mulher frente ao agente desestruturador do processo de viver humano saudável e o corpo – mente manifestações expressas em significados e significantes.**

- Definindo os vírus, o olhar da mulher frente ao agente desestruturador do processo de viver humano saudável

As mulheres informantes utilizaram-se de conceitos abstratos estruturados em forma de metáforas e conceitos concretos para conferirem significados aos vírus/doenças, materializando-os por meio das imagens.

Na língua portuguesa, “a metáfora é um recurso do estilo em que se substitui a significação natural de uma palavra por outra que apresenta relação de semelhança com ela” (XIMENES, 2000, p. 624). Para Japiassú e Marcondes (2006, p. 186), a metáfora é uma “figura de retórica pela qual se faz uma comparação, utilizando-se uma palavra que denota uma coisa para representar uma qualidade definidora de outra”.

Vala (2006) considera que as metáforas são elementos centrais na produção do conhecimento e Sontag (2007, p. 81) afirma que “é impossível pensar sem metáforas”. Neste estudo, as metáforas se caracterizaram nas expressões de pensamentos, permitindo que as mulheres transferissem sentidos e naturalizassem o abstrato em conceitos acoplando-os às imagens de bichos e monstros conforme representado pelas modelagens de bichos e monstros criadas pelas mulheres informantes deste estudo na dinâmica do MCM, as quais já foram apresentadas no capítulo 6 (Figuras 01 a 06).

Os vírus foram objetivados nas imagens de bichos e monstros, nas quais as mulheres materializaram o abstrato (vírus/doença), tornando-os físico, visível e palpável por meio das imagens modeladas. Elas uniram a ideia de não-familiaridade com a da realidade. Assim, elas descobriram a qualidade icônica dos vírus HIV e HTLV ao reproduzirem um conceito em uma imagem, ou seja, as palavras foram acopladas às coisas (bichos e monstros) tornando o abstrato concreto. Estes bichos e monstros são inimigos que causam a doença, são invisíveis ao olho nu, considerados feios, horrorosos, provocam medo, não têm cura e levam à morte porque não *têm retorno*.

Mesmo passadas quase três décadas do surgimento da aids, ela continua sendo associada à morte e ao medo. O medo que permeia o imaginário social diz respeito à ameaça que os vírus provocam no organismo dos seres humanos, o medo de uma doença que não tem cura e leva a morte, uma coisa invisível.

Não somente o vírus é considerado como bicho, mas a pessoa portadora deste microorganismo (vírus) vira um bicho. Um ser invisível que invadiu o organismo humano transformando-o em um bicho também, conforme descrito por uma das informantes *para mim é um bicho transformado numa pessoa*, conforme foi materializado por meio da modelagem de um bicho semelhante a uma figura de um ser humano, porém deformada e com face de uma caveira (Figura 06) .

Observa-se que a ficção científica encontra-se presente nos discursos sobre a aids. Para algumas pessoas a aids é considerada como fabricada em laboratório de pesquisa seja para fins de engenharia genética ou guerra biológica, tal fato foi disseminado pelos meios de comunicação desempenhando um importante papel na circulação dessa representação (JOFFE, 1995), invadindo o senso comum e criando representações sobre o surgimento do HIV.

Os animais invertebrados entraram no campo metafórico das mulheres informantes ao serem objetivados nas imagens de cobra e mosca (Figuras 01 e 02). A cobra é um animal peçonhento. Desse modo, quando a mulher se contamina transforma-se em uma cobra que destila o veneno para o(a) filho(a) por meio do leite materno, representado por um leite mal, maligno e venenoso. Por outro lado, as moscas são transmissoras de doenças. Assim, ao ser infectada pelos vírus, a mulher transmite a doença para seu filho por meio de um leite contaminado, caso ela não tenha ciência de sua contaminação.

O vírus HIV é causador de doenças, portanto, requer **prevenção**, pois é **triste** e **ruim** ser contaminado por eles. Tais representações foram evocadas pelas mulheres durante a realização do TALP ao verbalizarem as palavras que vinham à sua mente quando foi

pronunciado o estímulo 4 (HIV). Por outro lado, a aids foi representada por elas como uma **doença que não tem cura** (SN), considerada **pior** que o HIV (SP HTLV e SP HIV) e permeada de **preconceito** (SP HIV). No entanto, requer **prevenção** e as pessoas precisam se **cuidar** quando contaminadas (SN).

O HTLV foi representado como sendo uma **doença** (SN) desconhecida que causa **tristeza, sofrimento e medo**. Assim, é **horrível** ser portadora dessa doença. Segundo Joffe (1995, p. 298), “objetos sociais estranhos evocam medo, porque eles ameaçam o sentido de ordem das pessoas e sua sensação de controle sobre o mundo”.

Desse modo, “o trabalho das representações consiste em atenuar essas estranhezas, introduzi-las no senso comum, provocando o encontro de expressões separadas e díspares que, num certo sentido se procuram” (MOSCOVICI, 1978, p. 61), uma vez que “a representação separa conceitos e percepções habitualmente associados, torna insólito o familiar [...] faz circular e reúne experiências, vocabulários, conceitos e condutas que provêm de origens muito diversas” (p. 62), tornando o não familiar em familiar, dando sentido e conferindo controle ao desconhecido.

Na dinâmica interativa, o HTLV foi representado como uma *doença contagiosa*, que *não tem cura, não tem controle, não tem remédio, é a prima da aids, provoca problemas, não se descobre logo, demora a aparecer os sintomas, mas têm pessoas que apresentam, leva a morte, é irreversível, e é pior que a aids*, conforme pode-se observar nos discursos abaixo:

Uma doença [HTLV]. Porque isso aí não é uma doença contagiosa que não tem cura, não é? Diz que é uma doença que ainda não tem remédio, nem remédio para controle, que é a prima da aids, diz o povo que dá problema, que não descobre logo, porque demora muito para aparecer sintoma nela, dizem que é pior do que a aids. Aí diz que ela diagnostica mais pelo colo do útero, fazendo os exames preventivos (MULHER 28 SP HIV).

São doenças que realmente podem levar o indivíduo à morte, a gente já vê assim diferente (MÃE 32 SP HTLV).

Se tem um vírus, se tem uma doença contagiosa, que é uma doença irreversível, que é uma doença que pode passar o tempo todo sem se mostrar, sem apresentar, mas tem pessoas que apresentam. Meu marido são oito irmãos e somente dois não apresentou (MULHER 29 SP HTLV).

Mesmo tendo sido os primeiros retrovírus humanos a serem descobertos e descritos pelos cientistas, o vírus HTLV, ainda nos dias atuais, continua sendo distantemente relacionado ou confundido com o vírus HIV. Outras vezes é designado como uma doença contagiosa que não tem cura, desconhecida e muitas vezes também, confundida com o vírus HPV.

No entanto, mesmo pertencendo à família dos retrovírus, o HTLV carrega diferenças em relação ao HIV. Ao multiplicar os linfócitos, o HTLV pode desenvolver doenças que podem levar até 80 anos para se manifestar e o seu portador não tem risco de vida aumentado. O HTLV é considerado menos contagioso que o HIV. Enquanto 98% dos que tem HIV terão aids, cerca de 5% dos portadores do HTLV poderão desenvolver doenças a ele associado (CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS, 1993; FERNANDES; SILVA, 2003; BRASIL, 2006; DIÁRIO OFICIAL DE PORTO ALEGRE, 2005).

Assim, o HTLV ao ser menos contagioso que o HIV e por sua característica de manifestar-se em sintomatologia mais tarde do que o HIV, torna-o desconhecido entre a população, dificultando sua prevenção e controle, fazendo-se necessário a veiculação de campanhas educativas em todos os seguimentos populacionais a fim de que este vírus possa ser conhecido, objetivado, ancorado e representado pelas pessoas, de maneira a guiar condutas e comportamentos, contribuindo para sua prevenção e controle.

O vírus HIV é o bicho (significante) que não tem cura, provoca medo e leva à morte (significado), ao passo que, o HTLV é o bicho (significante) que, apesar de desconhecido, se ancora no HIV, não tem cura, provoca medo, traz sofrimento e tristeza e leva à morte (significado). Tais significados e significantes, se manifestam no corpo-mente de seus portadores a partir dos sinais e sintomas físicos/emocionais e psicossociais, os quais serão apresentados e analisados a partir dos discursos das mulheres informantes.

- O corpo – mente manifestações expressas em significados e significantes

Ao lado da definição dos vírus, expressaram significados e significantes ao corpo e mente, os quais se encontram vinculados às esferas físicas/emocionais e psicossociais manifestas no discurso das mulheres informantes diante do viver humano no enfrentamento da soropositividade para os vírus HIV e HTLV.

O corpo, tido como parte material do ser humano e dos animais, e a mente, como o intelecto, a consciência e o espírito, formam um conjunto de poderes racionais do ser humano, tais como o pensamento, a percepção, a memória, a imaginação, o desejo, entre outros (XIMENES, 2002; JAPIASSÚ; MARCONDES, 2006). Assim, foi por meio de seus corpos-mentes que as mulheres expressaram os significados e significantes dos vírus/doenças e de sua soropositividade, os quais circundam seu cotidiano e guiam as suas condutas.

Para Goellener (2003, p. 28), “o corpo é uma construção sobre a qual são conferidas diferentes marcas em diferentes tempos, espaços, conjunturas econômicas, grupos sociais,

étnicos, etc”. Assim, um corpo não é apenas um corpo, é seu entorno, é construído pela linguagem que o nomeia, classifica-o, define-lhe normalidades e anormalidades. Falar do corpo é falar da identidade e da cultura (GOELLENER, 2003). Falar de corpo é falar de todas as representações que lhe são atribuídas, seja num corpo saudável ou num corpo acometido por uma doença, um corpo que não é simplesmente um corpo, mas um corpo-mente, pois não somos nosso corpo em carne e osso, somos o que sentimos e vemos de nosso corpo (NASIO, 2009).

As doenças têm sido um campo vasto para o estudo das representações sociais, especificamente a aids. As representações conferem sentido para uma doença quando os sujeitos a representa. E, é a partir destas representações que os sujeitos orientam suas condutas inscritas em suas experiências possuidoras de multiversos significados e significantes.

Mesmo não sendo soropositiva, umas das informantes atribui significado ao corpo físico de uma pessoa portadora de aids, modelando uma pessoa *fraca e magrinha* (Figura 08). No início da década de 80 do século passado, a televisão mostrou pessoas acometidas pelo vírus HIV e como estas se apresentavam quando desenvolviam a aids. Lembra-se neste momento, o caso do cantor Cazuzza, desfigurado pelo emagrecimento acentuado. As características físicas de emagrecimento foram as que mais penetraram no imaginário social da população. Sabe-se que a aids não se manifesta da mesma forma em todas as pessoas e que os sintomas iniciais se assemelham ao de várias outras doenças, quais sejam, febre persistente, calafrios, dor de cabeça, dor de garganta, dores musculares, manchas na pele e presença de gânglios linfáticos infartados.

À medida que a doença vai progredindo e com o comprometimento do sistema imunológico da pessoa infectada, começam a aparecer as doenças oportunistas como: tuberculose, pneumonia, câncer, toxoplasmose, meningites, dentre outras, modificando os corpos das pessoas.

As representações sobre a aids também foram ancoradas em conhecimentos apreendidos pela própria convivência com a doença ou seus portadores, conforme pode ser observado na fala desta informante, ao relatar as consequências da aids em seu próprio corpo, as quais continuaram guardadas de forma nítida em sua memória.

*Quando eu descobri que eu era soropositiva eu senti **muita coisa**, eu cheguei aqui **sem vida** nesta clínica, vegetando mesmo. Eu pesava **30 kilos, para perder a perna que abriu toda em feridas**, com a garganta, gengiva, tudo abiu em feridas. Eu cheguei aqui num estado de lamentar mesmo. Quando as médicas me olhavam assim, só tinha **mesmo os olhinhos batendo** (MULHER 6 SP HIV).*

As mulheres soropositivas para o HTLV também vivenciaram os distúrbios físicos provocados pelas doenças associadas ao HTLV, como lesão no corpo, perda dos movimentos dos MMII e dos quadris, perda de visão, incontinência urinária, dores nos ossos, dentre outras. Tal fato pode ser observado nos discursos dessas informantes:

*Eu faço radioterapia porque eu tenho **uma lesão no corpo**, um tipo de **câncer de pele raro** [...] é por isso que eu faço tratamento. Talvez no dia 5 eu vou ficar sabendo se eu vou fazer a quimioterapia. E a radioterapia eu já estou fazendo [...] tem quase 9 meses [...]. A **minha pele tem uma mancha** aqui (mostrou o local entre as coxas), enorme, outra aqui no bumbum e várias pequenininhas assim pelo **corpo**. Ela fica assim (me mostrou) a pele fica assim: ressecada, seca. E depois do tratamento eu tô bem melhor, eu tomo o medicamento.. Eu já **perdi o movimento de quase tudo**. A última semana eu estava **caíndo**, eu ia andando e ela moecava e eu caí. (MULHER 10 SP HTLV).*

*É uma doença que não tem cura. Eu **perdi o equilíbrio das pernas, dos quadris, atacou minhas vistas, os ossos que doem** (MULHER 30 SP HTLV).*

A grande maioria dos portadores da infecção pelo HTLV permanece assintomática. Contudo, embora sem sintomas, poderão transmitir o vírus. Entretanto, como discutido anteriormente, cerca de 5% dos portadores de HTLV poderão desenvolver doenças associadas a ele, dentre estas, destaca-se a leucemia/linfoma de células T do adulto e mielopatia/paraparesia espástica tropical associada ao HTLV I, esta última caracterizada por início lento e progressivo (CATALAN-SOARES; PROIETTI; CARNEIRO-PROIETTI, 2001; BRASIL, 2004a; CATALAN-SOARES; PROIETTI, 2006).

Percebe-se que as representações do(a) portador(a) das infecções pelos vírus HIV e HTLV construídas pelas mulheres informantes não foram apenas constituídas a partir de uma imagem vinda do exterior por meio dos meios de comunicação, mas também pelas vivências daquelas que foram infectadas pelos vírus e desenvolveram as doenças a eles associadas.

As manifestações físicas visíveis no corpo vêm acompanhadas de distúrbios psicoemocionais diante da infecção pelos vírus. Estes distúrbios são mais evidentes quando as mulheres descobriram-se soropositivas ou quando manifestam as doenças a eles associadas. Assim, o *descontrole*, o *desespero*, *não se conformar com a doença*, *se sentir diferente* permearam o cotidiano vivenciado pelas mulheres informantes deste estudo, conforme demonstram os discursos a seguir:

*A gente sabe que este HIV é quase o mesmo sintoma quando eu soube que estava com HTLV, eu fiquei **desesperada**, imagina se eu desse este leite HIV para a minha filha, eu acho que ia estar prejudicando ela, eu acho que ia estar sentindo o mesmo sintoma que eu senti quando a senhora me mostrou esta mamadeira com HIV (MULHER 26 SP HTLV).*

O que eu senti que se ele tomar este leite vai ficar com o vírus, vai ficar doente e aí não vai se desenvolver porque ele vai estar com o vírus HTLV. Eu senti porque eu sou adulto. Eu peguei este vírus, até hoje não me conformo. (choro) Vai fazer três anos que eu descobri e me sinto como se fosse pessoas piores (MULHER 30 SP HTLV).

Eu pensei assim, que é difícil ter uma criança com um problema desse. Quando eu vi escrito HIV, eu pensei: essa doença! Na verdade, na verdade, ninguém quer ficar doente. Só que quando a gente descobre que está com algum problema, a gente não é a mesma pessoa. A gente corre atrás, luta, aumenta a fé em Deus, procura uma religião. Mas a gente sempre continua achando que não deveria ter aquilo porque não é uma coisa boa (MULHER 25 SP HTLV).

No interior dessas falas, percebe-se que o descobrir da soropositividade foi vivenciado pelas informantes deste estudo como um momento de desespero e descontrole, não se sentindo a mesma pessoa e não se conformando com o diagnóstico recebido, tornando-se um momento conflituoso. Elas acreditavam que não deveriam ter uma doença considerada como uma coisa ruim.

Tal fato nos remete ao estudo de Joffe (1995), no qual a aids foi considerada como *estrangeira e doença do outro* pelos participantes de seu estudo. Para esta autora, “a aids é ligada à condição de estrangeira como parte de uma estratégia projetiva, em face da ameaça” (p. 299). Desse modo, assim como a aids, a infecção pelo HTLV também é tida como uma doença do outro quando uma das mulheres soropositivas diz: *a gente sempre continua achando que não deveria ter aquilo*, como se ela estivesse imune para contrair o vírus por ser uma doença do outro.

Esse meio de proteção “é a força motora subjacente à formação das representações sociais da aids, que desvia a atenção da ameaça colocada pela aids ao Eu (e ao grupo), e centra seu olhar sobre o “outro”, ameaçado e ameaçador” (JOFFE, 1995, p. 299). Nesse sentido, devido a algumas semelhanças entre os vírus, podemos direcionar a assertiva de Joffe, ao que acontece com os portadores do HTLV, uma vez que representações que vem surgindo sobre este vírus ancoram-se na infecção pelo HIV.

Na dinâmica interativa, a partir das perguntas fechadas da entrevistas, as mulheres SP HIV e SP HTLV foram questionadas sobre os sentimentos diante da descoberta da soropositividade, a maioria delas responderam que se sentiram desesperadas, angustiadas, tristes, com medo (da morte, da discriminação, do preconceito), não acreditaram que estivesse acontecendo com elas e a metade delas informou que sentiram vontade de morrer. Entretanto, com o passar do tempo, elas relataram que foram se acostumando com a situação e foram aprendendo a conviver com a soropositividade.

No entanto, tal aceitação resultou no sofrimento constante em seu viver cotidiano ao ser portadora de um vírus que desenvolve doenças, que não tem cura e pode levar à morte. Assim, o não amamentar devido a soropositividade é uma forma de impedir a transmissão do vírus para o seu(sua) filho(a) e também impedir que este venha sofrer tanto quanto elas sofrem convivendo com o vírus no organismo, conforme pode ser observado nas falas abaixo:

*Eu escolhi o leite materno não contaminado, porque eu estou contribuindo para que seja uma pessoa a menos **no sofrimento da contaminação**, porque é egoísmo a gente querer passar para outras pessoas aquilo que **não presta para gente**. Então a gente dá ao próximo aquilo que queríamos que nos fosse dado. Eu jamais ia querer que desse ao filho meu ou um neto meu porque no caso agora são os netos, um alimento qualquer contaminado (MULHER 12 SP HTLV).*

*Fica difícil. A gente fica exatamente sem saber o que pensar. Acho que só vem na cabeça **o sofrimento** (MULHER 31 SP HTLV).*

*Ah, com certeza é **morte**. É a **morte na mamadeira**, porque a criança vai ser infectada, coitadinha vai começar **a sofrer** já tão cedo com um **problema tão grave, tomando tanto medicamento e tendo o risco até de morrer** (MULHER 14 SP HIV).*

*Uma coisa que eu não quero ter mais nunca. Eu tive **pavor quando vi escrito HIV**, porque eu sei se eu tiver um filho agora, eu vou ter um filho com este problema e eu não quero (MULHER 13 SP HIV).*

A aids e a infecção pelo HTLV foram consideradas pelas mulheres deste estudo como um problema grave, sofrido, triste, com risco de morte, obrigando-as a usarem medicamentos, modificando suas vidas não somente física-emocional, mas, sobretudo, social.

Tanto na dinâmica interativa quanto no MCMM, a AIDS, além de aparecer como sinônimo de sofrimento, foi revestida pelo estigma de ser ‘pior’ que o HIV, conforme observa-se na fala dessa informante:

*Às vezes eu choro, porque eu pensava como eu era antes e agora como eu sou. Penso quando **eu vou ser quando a doença se tornar ela realmente**, quando se **tornar pior**, como eu já vi minha colega, que ela é aidética e vi o estado dela como ela está (MULHER SP HIV 4).*

Apreende-se dessa fala não somente a presença do sofrimento (choro), mas também do medo de enfrentar a aids, considerada por ela como pior. Tal fato, relaciona-se à sua experiência na convivência com uma colega que desenvolveu a aids. Assim, ela se remete ao seu próprio ser portadora do vírus, projetando-se num futuro próximo, no qual ela mesma pode experimentar os dissabores que a aids provoca no corpo-mente de seus portadores.

Segundo Joffe (1995, p. 319),

A TRS nos alerta para o fato de que essas respostas emocionais não se originam em indivíduos isoladamente. Elas são o produto de representações emocionais da

doença, que surgiram historicamente, mas que ainda hoje circulam no meio científico, nos meios de comunicação de massa e no pensamento popular. O ato mesmo de construção da representação social, como um todo, relaciona-se com o medo de impotência diante de um objeto social desconhecido.

A maioria das mulheres soropositivas relatou ter vivenciado mudanças em suas vidas após o diagnóstico da soropositividade provocada pelas mudanças físicas, perda financeira, diminuição da saúde, desestruturação psicológica ou isolamento social, este último advindo da discriminação e preconceitos social que permeiam o viver das pessoas soropositivas.

A discriminação e o preconceito ocorreram nos lares, nas instituições de saúde e na vizinhança, provocando isolamento social, perdas de vínculos entre os familiares e amigos, conforme relatado pelas mulheres informantes:

*[...] elas tinham **preconceito** comigo. Quando eu tive o menino meu, foi horrível. Elas [enfermeiras e assistentes sociais] ficavam toda hora perguntando: como foi que você pegou isso? Parecia até que eu que tinha pegado aquilo porque eu quis. Eu disse a ela: não sei! Não sei! Ela venha cá, converse aqui comigo direito: como é que você pegou isso? **Não encosta junto dela não!** Eu disse meu Deus que horror! Esse povo, hein! Elas me chamaram no canto, **ficava parecendo até que eu era a única no mundo que tinha isso.** Aquilo ali pra mim, eu já fiquei deprimida porque a mulher quando pare fica sensível, toda hora chora, elas ao invés de me levantar ela me derrubou. Eu disse a ela: que horror! Ela começou a dizer: você vai ter que **ficar nesse quarto sozinha, que você tem este problema** e eu disse tem nada não. Eu conheci várias meninas lá, ficou comigo, elas não sabiam disso, aí ficaram (as enfermeiras) lá gritando: ah, **está com aquela doença: a aids** (falou baixinho), só ficava gritando. Aí as meninas disseram: tem alguém aqui na sala que tá com aids (falou baixinho), aí eu disse: **Quem é? Eu fiquei assim na minha, será que é eu?** Que as enfermeiras saíram por aí espalhando? Era um erro. Aí as minhas colegas não se ligou muito assim. Aí eu fui fazer aqueles **testes do pezinho**, que faz tudo lá, aí **elas disseram que não podia não porque meu menino tinha pouco peso**, aí eu disse: **isso aí é preconceito**, eu acho que é! (MÃE SP HIV 5).*

*As pacientes com HTLV sentem **discriminação**. Sente! Sente. Lá mesmo onde eu moro, eu tinha poucas amigas porque eu não sou de andar nas portas, mas as poucas amigas que ia na minha casa, hoje já não vão tanto. Se elas me veem dar a mão, ou então telefonam, saber como é eu estou. Quando eu chego da radioterapia, algumas ligam, e aí já chegou? Tudo bem? Tal, mas ir lá frequente como iam, não vão mais (MULHER SP HTLV 10).*

Percebe-se a partir desses discursos, que a discriminação e preconceito perpassam no viver cotidiano das mulheres soropositivas para o HIV e HTLV. A confirmação da infecção pelos vírus provoca um afastamento social. Neste estudo, esse afastamento aconteceu com as pessoas do convívio familiar, institucional e social acarretando dificuldades no enfrentamento da soropositividade. Ser discriminado é ser isolado da presença daqueles que amamos, é sofrer uma morte social provocada por mais uma perda, a perda afetiva dos amigos e familiares.

A discriminação surge também a partir da autodiscriminação associada ao isolamento social como uma maneira de lidar com a suposta discriminação dos outros. Muitas pessoas se isolam com medo de serem reconhecidas como desviantes e anormais, se afastando do convívio social para escaparem do julgamento moral da sociedade, mas não escapam do seu próprio julgamento (PEREIRA; CHAVES, 1999).

As mulheres informantes deste estudo, especialmente as soropositivas para o HTLV, suportam, toleram, aguentam, padecem, sofrem e experimentam a dor física, psicológica e moral por serem portadoras dos vírus. No entanto, elas continuam em seu viver cotidiano buscando a cada dia estratégias de enfrentamento, seja consciencioso ou driblando o inconsciente na tentativa de assim viverem melhor, mesmo sendo acometida pelos vírus que não têm cura, causam discriminação, preconceito, isolamento social e uma morte social.

7.3.2 Subcategoria: Estratégia de enfrentamento – consciencioso e driblando o consciente

Neste estudo, o enfrentamento foi considerado como a forma encontrada pelas mulheres soropositivas para atacar de frente, encarar, afrontar com coragem os problemas que surgiram com a soropositividade para os vírus. Para tanto, elas buscaram estratégias para, de forma consciente ou driblando o consciente, enfrentar tais problemas, conforme descrito em seus discursos:

[...] eu não deixo isso entrar na minha cabeça, que estou com esse problema, então eu me considero uma pessoa como eu não tenho isso daí! [...] eu não deixo entrar em minha cabeça, então eu não tenho! Me cuido [...] mas sem botar em minha cabeça (que tenho o HIV). Estou indo pro médico, eu tô me cuidando [...] mas eu não deixo colocar em minha cabeça, porque senão [...] eu tenho o maior desespero, tudo eu fico nervosa [...] aí eu falo assim, antes fazer de conta que eu não tenho e sempre quando vem na minha cabeça eu penso em outra coisa (MÃE 33 SP HIV).

Eu me contaminei com meu marido e não sabia e hoje em dia eu vivo bem graças a Deus. Já tentei me matar várias vezes, mas os meus filhos me ama. Meu filho disse a mim que me ama do jeito que sou. Que eu não fizesse isso. Então, depois que eu conheci que tenho aids, que tenho tratamento médico, tenho psiquiatra, converso com eles meus problemas. Vivo de remédio controlado e estou vivendo minha vida [...]. Eu me cuido, tomo remédio, não estou tomando o coquetel ainda porque não preciso, mas estou me tratando com outros remédios. Peço muito a Deus por nós todos que vivemos nesta vida aí, com esta doença, que ninguém pediu a Deus pra ter esta doença, mas aconteceu comigo, aconteceu com muitas amigas minhas. E eu peço a Deus por mim e por elas também. Teve uma mesma que, ela se chama (falou o nome da amiga), ela está no estado terminal, eu abracei ela, beijei ela, disse para ela que eu a amava e que ela pedisse perdão a Deus pelo que ela fez. Mas, hoje em dia eu não tenho mais notícia dela, não sei se ela já morreu. Penso muito nela e penso na minha vida também. Meu marido, ele bebe, é difícil ele vir aqui se tratar e se cuidar, ele também é soropositivo, dou muito conselho a ele, que não pegue ninguém, que não contamine ninguém. Mas, ele disse que não pega ninguém, mas Deus é quem sabe o que ele faz por aí (MÃE SP HIV 4).

[...] eu não tenho mais preconceito não. Eu já tenho 5 anos ou é 6. Isso não me impressiona mais não. Porque eu já sei sobre o vírus (MULHER 34 SP HIV).

No primeiro discurso, percebe-se que a mulher utiliza-se de mecanismos de defesas psicológicas para controlar suas emoções ao fugir da realidade vivenciada, ignorando a soropositividade e recusando-se aceitar que é soropositiva. Ela sabe que é portadora do vírus, mas resiste em entrar em contato com uma realidade que lhe causa desespero, impondo um novo direcionamento a sua vida, ou seja, ser soropositiva e negar a existência da soropositividade.

No segundo discurso, a informante passa a aceitar a doença a partir do momento que a conheceu e descobriu que pode ser cuidada, escutada por profissionais e amada pelo filho, além de poder se beneficiar com os medicamentos que minimizam seu estado psicológico e físico, impedindo o aparecimento da aids. Também utiliza-se da fé em Deus para superar a culpa pela contaminação. O apego à religião se transforma em uma alternativa de enfrentamento da doença surgindo como um importante apoio para o suporte emocional, causando alívio para o sofrimento e angústia impostos por doenças que não têm cura. A fé em um Ser Superior – Deus – traz esperança, fazendo-as superar e suportar a existência da doença.

Existe ainda uma preocupação por parte das mulheres com as amigas e com o companheiro, especialmente para que o mesmo não contamine outras pessoas.

No terceiro discurso, a mulher declara não ter preconceito com a doença porque já sabe o que é o vírus. Assim, o objeto, ao se tornar conhecido e familiar, enraiza-se ao mobilizar emoções, o que facilita o seu enfrentamento.

Uma representação é constituída de informação, atitude e campo de representação (MOSCOVICI, 1978). Desse modo, ao direcionar o olhar para os discursos dessas mulheres, é salutar afirmar que a informação obtida por elas organizaram seus conhecimentos a respeito do viver sendo soropositiva. Entretanto, percebe-se que para algumas não existe uma informação coerente a respeito da soropositividade e, por conseguinte, essa mulher negava a existência da doença. No campo de representação desse grupo, não havia uma imagem concreta da soropositividade. No entanto, para a segunda e terceira informantes, o fato de conhecerem a aids e suas consequências ao organismo humano, a soropositividade foi representada com uma imagem de sofrimento e preconceito, que foram superadas com apoio dos familiares, dos profissionais de saúde, com a fé em Deus e adquirindo conhecimentos a respeito dos vírus/doenças. Dessa forma, as informações geram os conhecimentos e estes as

representações, as quais guiarão as atitudes e orientarão os comportamentos em relação à vivência com soropositividade.

As representações sociais que as mulheres construíram sobre os vírus/doenças e suas vivências diante da soropositividade levaram-nas a optarem pela não-amamentação devido o contágio do leite materno pelos vírus. Entretanto, foi difícil decidir não amamentar diante de conflitos que perpassam pelo desejo de amamentar e de enfrentar as alterações físicas, orgânicas e psicossociais decorrentes da não-amamentação.

7.4 QUARTA CATEGORIA: A DÍFICIL DECISÃO DE NÃO AMAMENTAR – CONFLITOS VALORATIVOS

A não-amamentação devido ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV foi considerada difícil, triste e árdua pelas mulheres soropositivas para estes vírus, uma vez que elas vivenciaram o desejo de amamentar e o desejo de manter o filho saudável e livre da infecção. Para tanto, sofreram no corpo e na mente as alterações físico-orgânicas, emocionais e psicossociais diante de sua decisão.

Esta CATEGORIA está descrita nas subcategorias **Entre o desejo de amamentar e o desejo de manter a vida: conflitos relacionais consigo mesma, ser mãe e ser soropositiva**, **O que eu vejo no meu corpo: alterações físico-orgânicas diante da não-amamentação**, **Construção social da amamentação** e **A obscuridade diante da janela da vida: desafio do preconceito social** enfocando o desejo de amamentar da mulher soropositiva enovelado pela construção social da amamentação e pelas alterações físico-orgânicas e psicossociais diante não-amamentação.

7.4.1 Subcategoria: **Entre o desejo de amamentar e o desejo de manter a vida: conflitos relacionais consigo mesma, ser mãe e ser soropositiva**

As mulheres soropositivas vivenciaram o conflito entre o desejo de amamentar e o desejo de manter a saúde de seus filhos(as) ao optarem pela não-amamentação. Para elas, o amamentar foi um sonho não realizado, uma vontade reprimida e um querer sufocado devido a sua soropositividade. Tal fato pode ser explicado pelo significado que elas atribuem à amamentação, como sendo mais importante que o parto e um momento de felicidade quando

pega o bebê e põe no peito e divide o amor com ele. No entanto, é bom que não amamente mesmo porque a gente não prejudica a criança. Desse modo, evidenciam-se nos discursos abaixo os conflitos vivenciados pelas mulheres ao decidirem não amamentar os filhos:

*Qualquer mãe vai dar o de cá (leite materno) e não vai dar o de lá com HIV. Senti, porque a gente é soropositiva, **as mães têm vontade de dar peito a criança**, mas a gente não pode dar, mas [...] **é bom que não dê mesmo porque a gente não prejudica a criança** (MULHER 24 SP HIV).*

*Eu senti que eu já passei por este processo de descobrir o HIV logo depois do parto e não poder amamentar, mas **era um sonho que tinha de amamentar**, mas naquele caso eu tinha que **me conformar de não passar a doença para minha filha**. Eu senti assim, um sentimento que a gente fica triste e ao mesmo tempo tem que enfrentar (MULHER 17 SP HIV).*

*É complicado porque eu acho o ato de amamentar é importante. Eu mesma amamentei os meus filhos, que quando eu descobri eu já tava com o vírus eu já tinha os dois. **Eu acho que o contato na amamentação é ainda mais importante que o parto** (MULHER 21 SP HTLV).*

*Eu senti vontade porque eu não pude amamentar minha filha. **Até hoje eu sinto esta vontade porque eu não pude amamentar**. E quando eu vi a mamadeira escrita HIV eu lembrei logo que não podia dar. Eu senti que não podia dar de jeito nenhum e só podia dar a de cá (leite materno) (MÃE 24 SP HTLV).*

Nos discursos das mulheres, percebe-se que, mesmo conhecendo o seu estado sorológico, elas mantinham o sonho e desejo de amamentar. No entanto, o não amamentar para manter a saúde do filho obrigou-as a sufocar tal desejo.

Assim como o encontrado no estudo de Silva (2005), as mães que não amamentaram vivenciaram a maternidade negando o leite materno ao seu filho, “o que significa a perda do sonho de colocar em prática suas habilidades e afetividades maternas simbolicamente representadas pelo ato de amamentar” (p. 19). Destaca ainda que, mesmo que ocorra a qualificação desse leite como contaminado e impuro, ainda permanece a imagem e desejo da amamentação como parte das representações de afetividade que a mãe pode expressar para a criança, mas elas também sufocaram o desejo pela necessidade de proteger a criança, tal como encontrado entre as mulheres deste estudo.

Para as mulheres soropositivas para o vírus HIV foi **difícil não amamentar** seus filhos, especialmente quando eles choravam e elas sentiam o peito transbordando de leite que não iria ser utilizado por estar carregando um vírus considerado mortal.

*[...] quando eu olhava para o meu peito que ficou cheio como o de uma vaca (risos) vendo aquele leite, **eu querendo (amamentar)**, eu olhava para meu filho, sem eu poder dar a ele, **chegava a ficar [...] toda desesperada**, tinha hora que **eu chorava** assim. Só que já passou, né? (MÃE 33 SP HIV).*

*Eu nunca passei por isso, entendeu? **Me deu aquela coisa!** Todos os três filhos eu dei mama, só esse aqui que eu não vou poder dar. Como que é que pode uma coisa dessa? **Tinha vez que eu queria tirar pra dar mama a ele, sabe?** Quando ele acordava de noite mesmo, teve uma vez mesmo que o leite que ele tomava não veio, ficou duas vezes sem vir, eu fiquei doida e ele com fome e eu doida, eu disse **eu vou tirar [...] e vou dar mama ao meu filho.** aí uma colega minha [...] falou: oh, Ana, não faça isso não, que você sabe que ele corre todo risco do mundo se você dar mama a e ele acabar pegando o que você tem e possa ser que ele nem tenha, entendeu? Mas **eu fiquei muito sentida por não dar mama a ele** (MÃE 32 SP HIV).*

Entretanto, algumas mulheres, mesmo que os filhos chorem e que as mães se desesperem e sofram, precisam ter consciência e não amamentar porque, na concepção dessas mulheres, uma criança pode ser alimentada de outras formas, a exemplo do leite artificial oferecido pelo governo e, aquelas que não tenham condições financeiras podem pedir ajuda para alguém, mas nunca amamentar o filho com leite materno contaminado pelo vírus.

[...] têm muitas que chegam aqui dizendo que não conseguem ver o bebê chorar e vão dar o leite materno. Ai sempre eu falo para elas que assim como a minha não morreu a delas não vai morrer [...] se não pode dá elas pedem ajuda, procure as autoridades qualquer, com uma ajuda chegam lá [...] Sempre eu falo para elas não amamentar, mas elas dizem que não aguentam ver o bebê chorar e aí elas amamentam. Que às vezes demoram de vir pegar o leite e não têm condições de dar outra coisa e é o jeito dá o leite. Eu disse a elas: eu preferia pegar uma farinha, fazer uma papazinha e dar do que pegar o leite, sabendo que o leite está contaminado, contaminando a criança também. Ninguém morre de fome, logo um bebê que a gente pode dar uma coisa e outra e pode enganar, até dormir pra passar o tempo (MÃE 3 SP HIV).

O Ministério da Saúde, baseado no protocolo ACTG 076, implementou medidas de prevenção da transmissão vertical da infecção pelo HIV/aids, dentre elas a supressão da amamentação. Para tanto, oferece o leite artificial para as mães alimentarem seus filhos durante os primeiros meses de vida. Entretanto, vale salientar que tal medida está instituída apenas para as mulheres soropositivas para o HIV, uma vez que não existe política pública para as mulheres soropositivas para o vírus HTLV.

Para as mulheres soropositivas, os vírus foram considerados como *uma barreira* que impede a mulher *de ter um momento especial e de ser mãe por inteira*, entretanto, mesmo tendo vontade de amamentar é melhor não fazê-lo porque o leite contaminado com o vírus pode matar o filho, evidenciado nos discursos das mulheres e materializado na modelagem de uma barreira (Figura 26) criada por uma das mulheres SP HTLV.

As campanhas educativas sobre a amamentação têm centrado o papel do aleitamento materno como desejável e ideal para manutenção da saúde das crianças, atribuindo à mulher a responsabilidade de promovê-la. Segundo Nakano (2003), em nossa sociedade, a maternidade tem sido valorizada e instituída como responsabilidade/dever da mulher, fundamentado na sua

capacidade de engravidar, parir e amamentar, e em construções sociais de serem as mulheres que detêm a ternura, o carinho e habilidade para cuidar da prole.

	TALP	MCMM	DINÂMICA INTERATIVA	TOTAL
SP HIV	31	05	10	46
SP HTLV	09	03	08	20
TOTAL	40	08	18	66

Quadro 8 – Mulheres que vivenciaram a amamentação e/ou não amamentação. Salvador-Bahia, 2009.

No TALP, dentre as 40 mulheres soropositivas para o HIV, 19 tinham amamentando seus filhos antes de descobrirem a soropositividade, mas também vivenciaram a não-amamentação devido à sua condição sorológica; 12 não amamentaram devido a soropositividade e, apenas 09 não vivenciaram a não-amamentação, pois haviam descoberto a soropositividade após já terem os filhos.

No que se refere à dinâmica interativa, 10 mulheres não amamentaram seus filhos devido à soropositividade, dentre elas 03 nunca não vivenciaram a amamentação.

Já para as 40 mulheres soropositivas para o HTLV que participaram do TALP, 05 haviam amamentado seus filhos antes da soropositividade, entretanto, também vivenciaram a não-amamentação por serem soropositivas para o esse vírus; 04 nunca amamentaram devido à sua soropositividade e 31 amamentaram todos os filhos, uma vez que havia descoberto a soropositividade após o período reprodutivo.

Na dinâmica interativa, dentre as 24 mulheres que participaram dessa técnica, apenas uma não havia vivenciado a não-amamentação; por outro lado, 07 vivenciaram o amamentar e não amamentar. O não amamentar para essas mulheres foi devido a sua condição sorológica.

Para as mulheres que não amamentaram seus filhos devido a sua condição de soropositividade, o não poder amamentar foi permeado de sentimentos de tristeza, medo e culpa e raiva. Entretanto, elas afirmaram unanimemente que se sentiram felizes por não terem contaminado seus filhos com os vírus. O quadro abaixo mostra o percentual de respostas das mulheres quando, no *survey* descritivo, foram questionadas sobre o que havia sentido ao saber que não poderiam amamentar seus filhos com seu próprio leite por serem soropositivas:

	TRISTEZA	MEDO	CULPA	INCERTEZA	RAIVA	FELIZ
SP HIV	9	6	5	4	5	10
SP HTLV	8	7	5	5	6	8

Quadro 9 - Sentimentos citados pelas mulheres que não amamentaram devido o contágio do leite materno. Salvador-Bahia, 2009.

Conforme demonstrado no quadro acima, as respostas das mulheres soropositivas referentes aos sentimentos apresentados diante da não-amamentação foram praticamente similares, contendo em suas extremidades, de um lado, a tristeza por não terem amamentado seus filhos, e de outro a felicidade de não terem contaminado os filhos com os vírus.

Em uma pesquisa realizada por Silva (2005) acerca dos significados atribuídos à abstinência de amamentação devido ao contágio do leite pelos vírus HIV com quinze mulheres soropositivas para este vírus, foi identificada a tristeza como categoria central do estudo, abrangendo outras quatro categorias, dentre elas, sentindo a perda da amamentação e protegendo o filho.

A tristeza é um sentimento inerente ao ser humano. É caracterizada por uma ausência de satisfação quando uma pessoa se depara com sua fragilidade. A pessoa expressa desânimo e frustração em relação a alguém ou algo que se tinha valor; esta emoção pode ser potencializada se aquele que sofre de tristeza passa a acreditar que poderia ter feito algo para recuperar ou evitar a perda, mesmo que este algo a fazer seja na prática impossível de se concretizar, e independente da vontade do triste (WIKPEDIA, 2009). Neste estudo, o sentimento de tristeza também apareceu nos discursos das mulheres que participaram do MCMM, conforme se observa abaixo:

*Quando eu não amamentei eu fiquei muito triste. Apesar de a gente ter um filho que Deus deu a gente pra dar. Então a alimentação dele seria o leite materno, mas como não podemos dar, não temos como dar, é **melhor não dar estragado** (MÃE 3 SP HIV).*

A tristeza apareceu ainda nos discursos das mulheres que participaram da dinâmica interativa, quando elas foram questionadas sobre o que sentiram diante da encenação.

*Ah, eu lembrei quando eu tive minha filha, que eu não pude amamentar por causa deste problema. Ah, **eu fiquei triste, mas se era para o bem dela!** No hospital me deram leite de outras pessoas, como é que chama? Leite de peito mesmo mas de outra pessoa, leite do banco de leite (MULHER 22 SP HTLV).*

*Ah, **eu fiquei triste** porque eu queria que minha filha estivesse amamentando e ela foi a única das que não consegui amamentar (MÃE 28 SP HTLV).*

*Dar mama, o que mais queria era dar mama. Daí quando eu descobri que não podia dar mama eu **fiquei tão triste!** Mas, sabendo que tinha outro recurso e sabendo que minha filha ia viver de qualquer jeito e não ia passar mal por causa do leite, aí eu me conformei mais. Me conformei e não me conformando **porque o que eu queria mesmo era dar mama** (MÃE 32 SP HTLV).*

O sentimento de tristeza foi descrito, não apenas pelas mulheres soropositivas, mas também pelas soronegativas, ao expressarem em seus discursos que ficariam tristes caso não conseguissem amamentar seus filhos devido à soropositividade.

*[...] um bebê chorando porque não foi amamentado. Porque ele deve sentir assim, **triste**, não pode dizer nada, mas que sente, sente, **sente a tristeza por não poder ter sido amamentado**. Pela mãe e pelo filho também, não é. **Os dois devem sentir muito**. Eu mesma quando eu deixei de amamentar meu filho, porque ele realmente rejeitou [...] então isso me entristeceu muito. Então é isso, a criança triste por não receber o leite que é muito importante para saúde, para inteligência, educação e tudo (GESTANTE 5 SN).*

O choro do recém-nascido foi sinalizado pelas mulheres como decorrente da tristeza que sentiram ao não serem alimentados com o leite materno e deixaram de receber o alimento essencial para sua saúde.

Algumas mulheres soropositivas declaram ter experimentado o sofrimento e frustração diante da não-amamentação.

*Quando eu não amamentei meu filho **eu sofri demais, viu!** Sofri demais, demais. Eu vendo ter leite e não poder dar aos meus meninos. **Porque eu acho tão lindo! eu acho tão lindo** quando eu vejo **uma mãe amamentando seu filho**. Eu sei que se ela está amamentando é porque ela está saudável e o filho fica mais saudável ainda porque o leite materno é saúde pra a criança. E eu fiquei muito abalada, mas não pelo problema que eu tava, mas por não poder amamentar meus filhos (MULHER 9 SP HIV).*

*[Não amamentar] é **uma frustração**, a gente sabe que no fundo fica faltando um pedacinho, como se você tivesse deixado de dar alguma coisa pra ele. Fora que tem todo o laço de afetividade. Aquele momento ali é um momento único (MÃE 8 SP HIV).*

É comum uma pessoa expressar desânimo e frustração em relação a alguém ou algo que tinha valor para ela. A amamentação é valorizada socialmente, tal valor foi internalizado pelas mulheres como intrínseca do ser mulher/mãe. Desse modo, diante da impossibilidade da amamentação, se torna comum as mulheres desenvolverem sentimentos dor, sofrimento, tristeza, angústia e medo, mesmo para aquelas que não vivenciaram a não-amamentação devido à soropositividade, conforme expressado no discurso abaixo:

*Parece uma cruz (pausa longa). **É dor** (pausa), **sofrimento** (pausa), porque com o leite contaminado como é que vai dar mama? Como é que vai amamentar a criança? E a criança precisa do leite materno (GESTANTE 10 SN).*

Assim, quando uma mãe não amamenta foi representado como algo horrível uma vez que as mulheres devem se sentir inútil ao ver outras mães amamentado e não poder amamentar seu filho, conforme descrito no discurso abaixo:

Eu acho que quando uma mãe não amamenta, deve ser horrível, deve se sentir inútil ver outras mães amamentando e saber que não pode amamentar a criança (GESTANTE 3 SN).

A visão da mãe inútil permeou o imaginário social de uma pequena parcela das mulheres desse estudo. Tal fato se deve à construção social da amamentação que centra a mulher na condição de responsável pela alimentação dos filhos. Assim, quando a mulher não amamenta devido à soropositividade é invadida pelo sentimento de inutilidade por não poder oferecer ao filho o alimento essencial para sua saúde.

Por outro lado, uma das mulheres informantes declarou que não foi triste para ela não ter amamentado os filhos, uma vez que ela recebeu leite artificial e conseguiu criá-los com saúde, conforme destaca a fala abaixo:

Quando eu passei pela situação de não amamentar não foi triste para mim não. Porque lá mesmo no médico elas me deram sei lá, de que leite, eu dei ao meu menino (MÃE 5 SP HIV).

Esse discurso evidencia que, para algumas mulheres o não amamentar pode ser visto como algo normal, seja por experiências anteriores não muito agradáveis com o ato de amamentar ou simplesmente porque isso significa um benefício para a criança. Ademais, ter recebido ajuda para alimentar o filho minimiza a angústia, incerteza e medo quanto ao alimento a ser oferecido para a criança em substituição à amamentação.

Entretanto, o não amamentar provoca alterações não somente de ordem afetiva, mas, sobretudo, alterações físicas e orgânicas visíveis e sentidas no corpo feminino, especialmente as alterações mamárias e que será discutida na subcategoria seguinte.

7.4.2 Subcategoria: O que eu vejo no meu corpo: alterações físico-orgânicas diante da não-amamentação

Ao perceberem as alterações físico-orgânicas presentes em seus próprios corpos as mulheres externaram sentimentos de tristeza, sofrimento e dor vivenciados tanto no físico como no psicológico, conforme constatado nos discursos seguintes:

Lá na maternidade, quando acabei de ter o nenê eles me deram uma injeção que é pra secar o leite, mas não seca logo. Eu criei os seios que ficaram mesmo gigantes, eu tive febre, foi horrível, foi horrível. Até ele secar foi muito dolorido, foi muito doloroso mesmo (MULHER 9 SP HIV).

As intercorrências mamárias, presentes nos discursos das mulheres, provavelmente surgiram devido ao esvaziamento inadequado das mamas. Nota-se que há relatos de dores, febre, frio, fazendo com que este período seja vivenciado pelas mulheres com dificuldades e sofrimento, o que demonstra a falta de habilidade dos profissionais de saúde em lidar com essas questões.

Apesar de ter recebido a medicação para suprimir a lactação na maternidade, algumas mulheres relataram outras medidas utilizadas para aliviar os desconfortos mamários, como a utilização de compressas geladas, unguentos extração manual do leite.

Para secar o leite eu coloquei, quer dizer, eu fiquei tirando o leite, toda manhã fazia a compressa morna e aí retirava o leite e também recebi medicação, mas, não secou, veio secar em casa. Lá na maternidade mandou fazer a compressa de gelo para não endurecer e continuasse retirando o leite (MÃE 3 SP HIV).

[...] fica inchado, você não aguenta, tem febre, eu tive febre e frio. Sutiã nenhum entrava dentro de mim. Eu miudinha e o negócio grandão. Aí meu marido foi lá e comprou [um oleozinho], eu passei fui pegando o pente, doendo muito [...] saindo, pigava, piganva, pingava. Fiquei três dias e aí que secou de vez (MÃE 5 SP HIV).

Entretanto, tais medidas, exceto a compressa de gelo, não devem ser utilizadas, uma vez que a extração manual do leite faz com que ocorra um aumento de sua produção ao invés de sua supressão.

Após o nascimento de uma criança, a mama da mulher, por meio da prolactina, começa a produzir o leite materno. Se esse leite não for retirado em quantidade suficiente, as mamas podem ficar ingurgitadas, provocando dor, desconforto e febre em algumas mulheres.

Desse modo, para minimizar tais desconfortos, para as mulheres soropositivas para os vírus, o leite materno, ao invés de ser retirado, terá que ser suprimido. Assim, para impedir as intercorrências mamárias, o Ministério da Saúde recomenda a utilização de medidas clínicas e farmacológicas para impedir a produção do leite materno. A medida clínica consiste em realizar compressão das mamas com ataduras, imediatamente após o parto e permanecer por um período de dez dias, evitando-se a manipulação das mamas. No entanto, pela dificuldade de manutenção do enfaixamento por um período prolongado, recomenda-se, conjuntamente, a supressão farmacológica da lactação (BRASIL, 2003; 2007). Nesse estudo, tais medidas citadas foram utilizadas nas mulheres, conforme os relatos a seguir:

Na maternidade enfaixaram minhas mamas, mas não deram nenhum remédio para mim não. Eu usei a faixa. Eu fiquei usando ela até chegar em casa [...] mas não demorou nem um mês pra secar, ficou uns dias e depois secou. Mas, agora, ainda assim [...] sai uma aguinha [...] tem vez que sai aquele leitinho, mas [...] não é muito não (MÃE 33 SP HIV).

Eu tomei injeção para o leite secar e depois que cheguei em casa não fiz nada (MÃE SP HIV 10).

Assim como nos estudos de Santos (2004), Moreno, Rea e Felipe (2006), o enfaixamento das mamas foi descrito pelas mulheres como permeado por sentimentos de tristeza e dor imensa diante de uma medida que a impede de alimentar o filho.

Foi uma tristeza imensa quando enfaixou meu peito, uma tristeza, uma dor imensa. Eu não queria nem deixar, mas a menina falou, “não, porque quando você pegar ele, ele vai ficar procurando o peito e não pode, não pode! Você vai entender, você vai entender!” Ai ele está tomando outro leite (MÃE 32 SP HIV).

Enfaixar as mamas para essa mulher representou fortemente o desejo sufocado de amamentar o filho, de querer sentir-se mãe e proporcionar-lhe o alimento, mesmo estando consciente de sua soropositividade, trazendo à tona os elementos enraizados no mundo social que foram construídos culturalmente e que exalta o papel da mulher que gesta, pare e deve amamentar.

Para Santos (2004, p. 272), “a vivência de enfaixar as mamas desencadeia uma imagem do corpo próprio centralizadora na mama, que afeta a mulher/mãe nas suas diferentes dimensões: física, psíquica, social e cultural, estando intimamente relacionadas entre si”.

O não amamentar desencadeia também dificuldades em lidar com a alimentação do filho, tanto no que concerne à maneira na qual este alimento será oferecido, como financeiramente será adquirido, conforme descrito na fala dessa participante do estudo:

*Elas deram leite para eu dar a meu filho. Trouxeram foi no copinho com uma colherzinha. Porque nem chucha tinha. Eu tive que botar, abrir a boca do meu menino, recém nascido, e enfiar a colherinha e ele sem saber pegar e enfiando o leite dentro assim, parecendo um passarinho porque elas não me ensinaram a dar o leite, disse que não tinha chucha não. Mas depois eu peguei comprei uma chucha em casa e dei, dava direto, para não morrer, **aquele leite caro**, graças a Deus que eu vim aqui e fiquei recebendo aqui. Mas gastei antes de ficar recebendo. Todo mês eu vinha pegar 4 latas, 5 latas, uma vez até deu menos (MÃE 5 SP HIV).*

O Ministério da Saúde recomenda que, na maternidade, o leite deve ser oferecido às crianças que não podem ou não devem ser amamentadas em um copinho para impedir que as normas e rotinas direcionadas para o amamentar e não amamentar não interfiram negativamente uma na outra. Recomenda ainda, que os profissionais sejam treinados e habilitados em aconselhamento sobre a alimentação infantil em crianças expostas ao HIV, ao HTLV ou outra condição que contra-indica a amamentação para que eles possam orientar e ajudar as mães soropositivas (BRASIL, 2004c). Entretanto, percebe-se a partir do discurso da informante que esta realidade ainda não se faz presente nas maternidades.

Com relação às dificuldades financeiras em alimentar o filho, é garantido à mulher soropositiva a fórmula infantil. Na maternidade, no momento da alta, devem ser oferecidas de 2 a 4 latas de leite, a depender da logística local, em seguida, a continuidade do fornecimento deverá ocorrer em um Serviço de Saúde Especializado (SAE) até o sexto mês de vida do bebê (BRASIL, 2004c).

Vale reafirmar que, para as mulheres soropositivas para o HTLV, não existe uma política específica para o atendimento de crianças expostas ao vírus. Desse modo, inexistente o oferecimento da fórmula infantil como preconizado para as portadoras do HIV.

Assim, implementar políticas públicas se faz necessário para oferecer suporte às mulheres que não podem amamentar, além de investimentos na capacitação profissional para torná-los capazes de oferecer não somente cuidados técnicos, mas, sobretudo, um cuidado sensível e ético, reorganizando práticas de cuidados que ajudem as mulheres ressignificarem a amamentação e não-amamentação.

7.4.3 Subcategoria: Construção social da amamentação

O ato de amamentar é antigo na civilização humana, sofrendo oscilações ao longo dos tempos em diferentes sociedades. No Brasil, ao longo da história, a imagem da mulher está ligada à de reprodutora, ou seja, aquela que gera, pare, amamenta e cria os filhos. Estes papéis foram incorporados e naturalizados no cotidiano da mulher, tornando-a responsável pela promoção da saúde de seu(a) filho(a).

A representação da amamentação como símbolo da maternidade foi construída social e culturalmente ao longo dos tempos, centrada numa visão biológica. No entanto, ela não se esgota apenas nos fatores biológicos, mas envolve dimensões culturais, sociais e históricas (MORENO; REA; FELIPE, 2006).

Na visão biologicista, ser mãe é um destino natural da mulher. Desse modo, *é normal e natural* uma mulher amamentar seu(sua) filho(a), especialmente se ela é saudável.

[...] para mim isso é normal, é natural porque toda criança tem que mamar. Estando [...] a mãe tando saudável é importante dar o leite, mas agora quando a mãe já está com problema de saúde! (MULHER 29 SP HIV).

Dado a importância do leite materno para a saúde da criança, a mulher *tem que amamentar* o(a) filho(a) porque acredita que o leite materno é bom, especialmente pelo seu papel protetor *contra infecção e alergias*.

O reconhecimento dos benefícios do leite materno para a saúde da criança motivou algumas mulheres a optarem pela amamentação, mesmo conhecendo o seu estado sorológico. Assim, o desejo de amamentar se sobrepõe aos riscos que o leite contaminado pode causar ao organismo infantil, conforme ilustra o discurso abaixo:

*Pensei em algumas mães. Eu mesma conheço uma que pegou o vírus do HIV, engravidou e depois as crianças nasceram sem o vírus e ela amamentou mesmo sabendo, ela fazia o tratamento e tudo. **Mesmo sabendo ela amamentou as crianças com, com o vírus.** Mas, ela sabia que pegava, desde quando ela fazia o tratamento! Acho que quando a gente passa por isso acontece e a pessoa procura orientação, só passa a conhecer sobre a doença, né? Estudar sobre a doença. Então ela sabia, mas nem por isso ela disse que não ia amamentar. Ela amamentou até grande. Agora como eu morava neste lugar e depois fui embora, não sei se as crianças pegaram ou não (MULHER 15 SP HIV).*

Em nossa cultura, por ser a maternidade considerada como ideal materno imprimem nas mulheres a obrigatoriedade de amamentar os(as) filhos(as). No estudo de Brasil (2000), das 15 mulheres entrevistadas, 3 delas optaram em amamentar o(a) filho(a), mesmo conhecendo o seu estado sorológico, alegando que alimentaram os(as) filhos(as) devido o fator econômico e pressão familiar para que aleitasse.

Desse modo, faz-se necessário investir em um modelo assistencial que contemple um cuidado integral às mulheres soropositivas para que sejam informadas sobre a melhor alternativa diante da soropositividade e amamentação.

7.4.4 Subcategoria: A obscuridade diante da janela da vida: desafio do preconceito social

As mulheres soropositivas para os vírus enfrentaram o dilema de terem que justificar socialmente a não-amamentação. Sofrem duplamente, por não estarem amamentando os filhos e pela condenação da soropositividade. Elas sentem medo do estigma e discriminação social, levando-as a esconder o seu estado sorológico, inclusive para a própria família.

O não amamentar expressa constrangimento para uma mulher soropositiva ao se sentir cobrada de forma explícita ou implícita pelos profissionais de saúde, familiares e amigos o porquê de tal comportamento. Na grande maioria dos casos, essas pessoas desconhecem a condição de soropositividade da mulher e levam em consideração o dever de mãe amamentar o(a) filho(a).

Segundo Moreno, Rea e Felipe (2006), devido à importância da amamentação em nossa sociedade, é comum uma mulher ser questionada o porquê de não estar amamentando.

No entanto, devido a sua condição de soropositiva, a cobrança social as coloca em situações constrangedoras e elas criam desculpas socialmente aceitas para justificar a não-amamentação. Tal como no estudo de Moreno, Rea e Felipe (2006), as mulheres deste estudo foram obrigadas a criar estórias para justificar socialmente a não-amamentação para não sofrerem o preconceito de serem soropositivas, conforme demonstrado no discurso abaixo:

*E eu fico triste às vezes porque minha mãe chega e fala, fica falando: **amamente seu filho menina!** Que não sei o que! Eu não falei ainda não [que é soropositiva]. Minha irmã que sabe. Eu fico triste, mas fazer o que? Quando minha mãe perguntou porque eu não estou amamentando, **eu disse pra ela que [o leite] secou e eu não vou amamentar ele e eu não quero.** aí ela disse que está muito triste. Que é o primeiro neto dela. aí ela falou que ta muito triste, por isso. Mas eu não tive coragem ainda de contar a minha mãe [que é soropositiva] (MÃE 2 SP HIV).*

*Eu senti que foi ruim não amamentar, foi uma coisa chata porque eu não amamentei, **o povo** [as colegas de quarto] **ficava perguntando [porque não amamentava]**lá na maternidade e eu ficava com vontade de chorar porque eu não podia falar, então, eu dizia que não sei porque e que não tinham me falado nada (MÃE 10 SP HIV).*

Na tentativa de manter sigilo sobre sua situação, a mulher é obrigada a buscar estratégias para justificar socialmente a não-amamentação e manter o sigilo sobre sua condição de soropositiva. Para tanto, elas justificaram socialmente a não-amamentação utilizando-se de alegações que lhes pareciam plausíveis e que escondeu a sua condição sorológica, conforme aparece nos discursos das mulheres que participaram do MCMM:

*Quando as pessoas me perguntavam porque eu não estava amamentando eu dizia porque eu tava **com problema no pulmão.** Eu negava, tinha vergonha de dizer, como eu tenho até hoje [...] (MÃE 4 SP HIV).*

*Quando minha mãe perguntou porque eu não estou amamentando, eu disse para ela que **(o leite) secou** e eu não vou amamentar ele e **eu não quero** [...] aí ela disse que está muito triste, que é o primeiro neto dela. aí ela falou que está muito triste, por isso, mas eu não tive coragem ainda de contar a minha mãe [que é soropositiva] (MÃE SP HIV 2).*

Dessa forma, para justificarem socialmente a não-amamentação, as mulheres se valeram das alegações relacionadas à condição materna (*problema no pulmão, açúcar no sangue*), com a baixa produção de leite (*não tenho leite, leite pouco, leite secou*) ou simplesmente porque não queriam amamentar, ou não sabiam o porquê havia sido proibida de aleitar. Das alegações relacionadas ao recém-nascido, apenas foi citado a recusa ao peito.

No *survey* descritivo, quando as mulheres foram questionadas sobre o que diriam para as pessoas quando fossem abordadas sobre o porquê de não estarem amamentando, das 72 mulheres que participaram dessa técnica, apenas uma SP HIV, três SP HTLV e treze SN

informaram que diriam a verdade; as demais (11 SN, 22 SP HIV e 21) disseram que mentiriam.

As justificativas citadas por elas foram diversificadas, conforme demonstrado no quadro abaixo:

SN	SP HIV	SP HTLV
- Não posso	- Não posso	- Não posso
- Não quero	- Não quero	- Não quero
- Não tenho leite	- Não tenho leite	- Não tenho leite
- Estou tomando remédios	- Estou tomando remédios	- Estou tomando remédios
- Meu leite é pouco	- Leite fraco	- Problema no sangue
- Meu leite não serve	- Problema no leite	- O leite não foi produzido
	- O bebê não aceita	- Problema de saúde
	- Anemia	- Para os peitos não caírem
	- Infecção puerperal	- Doença
	- Não gosto	
	- Hepatite	
	- Leite secou	

Quadro 10 - Justificativas das mulheres diante da não amamentação. Salvador-Bahia, 2009.

As mulheres soropositivas afirmaram que não diriam a verdade acerca do porquê não estariam amamentando por causa da discriminação e preconceito para com as pessoas portadoras desses vírus, além de se sentirem envergonhadas por terem se contaminado. Para as soronegativas, o não terem vivenciado estas situações, torna-se mais fácil neste momento informar que diria a verdade.

Assim, para não sofrerem a discriminação, estigma e preconceito social, as mulheres omitem o seu estado sorológico utilizando-se alegações comumente declaradas no senso comum e que não são justificadas cientificamente e aceitáveis como essenciais para justificar a não-amamentação.

É salutar destacar que as possíveis contra-indicações à amamentação estão associadas à saúde infantil (erros inatos do metabolismo, galactosemia, fenilcetonúria e síndrome do xarope de bordo) e materna (infecção pelos vírus HIV e HTLV, quimioterapia e radioterapia, mães em exposição ocupacional e/ou ambiental a metais pesados como chumbo, mercúrio, etc). As demais contra-indicações (hepatite, tuberculose, varicela, uso de alguns medicamentos temporariamente, dentre outras) devem ser avaliadas pelos profissionais de saúde para uma conduta adequada (BRASIL, 2004b; 2004c).

7.5 QUINTA CATEGORIA: SENTIMENTOS E SENSações DE SER MÃE DE FILHOS LIVRES DOS VÍRUS HIV E HTLV

Esta categoria revela o momento em que as mulheres ressignificaram a não-amamentação por meio de sentimentos e sensações de se tornarem mães de filhos(as) soronegativos(as) para os vírus. Se para elas, o amamentar é símbolo de completude, troca de afetos e sinal de dever cumprido para com o filho, por outro o não amamentar é ressignificado como um ato de amor, no qual a saúde do(a) filho(a) foi preservada.

A característica desta **CATEGORIA** aparece ilustrada nas subcategorias **Conforto e alívio – a tranquilidade de saber que os filhos estão livres dos vírus e Não amamentar: um ato de amor em preservação a saúde** centradas nos sentimentos e sensações do ser mãe soropositiva de filhos(as) soronegativos(as) que não foram contaminados devido às medidas profiláticas empregadas para impedir a transmissão vertical, dentre elas o não amamentar.

7.5.1 Subcategoria: Conforto e alívio – a tranquilidade de saber que os filhos estão livres dos vírus

Paralelamente ao forte significado da amamentação para as mulheres, há evidências de que, devido a sua condição sorológica, a possibilidade de transmitir o vírus para o(a) filho(a) determina a decisão da mulher optar pela não-amamentação. Para as mulheres soropositivas, o desejo de não terem filhos(as) soropositivos(as) se sobrepõe aos benefícios que a amamentação pode proporcionar para o(a) filho(a). Desse modo, elas seguem todos os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde desejando que seus(suas) filhos(as) nasçam soronegativos e com saúde.

Assim, as mulheres deste estudo tiveram como objetivo não permitir que seus(suas) filhos(as) fossem contaminados pelos vírus, para tanto, foi imprescindível seguir todas as recomendações dos profissionais de saúde, incluindo a não-amamentação. Os discursos abaixo ilustram tal afirmativa:

*Porque ele já tinha um ano, aí eu fiz certinho [...] todos os exames, todos negativos. aí o médico [...] me chamou na sala, meu coração quase pulava fora, com aqueles dois meninos na mão, que eu fui logo com os dois de vez, eu disse: eu vou ter que saber! Meus filhos não vai ficar [...] com esta doença! Cheguei lá na sala e ele (disse): entra aí, que a senhora é a mãe. Pegou os exames abriu e falou: todos os dois, **nenhum dos dois tem, estão livres!** Eu disse: **Graças a Deus!** Eu cheia de **alegria**, fiquei alegre mesmo. Graças a Deus, já pensou eu doente e meus filhos doentes? Eles foram acompanhados até um ano. Os anticorpos da criança só se*

formam mesmo com um ano. Com um ano já dá pra saber se tem ou não. Eles fizeram todos (exames), certinho e ele deu alta, e disse que pode ser acompanhado por qualquer posto, aí normal. Deu alta daqui (MÃE 5 SP HIV).

*O meu medo maior era esse porque minha menina mamou até três anos. Então eu fiquei apavorada quando eu descobri que tinha essa doença, fiquei apavorada mesmo, entrei em depressão. Só vim melhorar mesmo de um tempo para cá, **depois que o teste dela deu negativo**. Aí graças a Deus, que esta doença eu nem peguei durante a minha gravidez, porque o teste da gravidez deu negativo, foi na amamentação foi a salvação. **Mas graças a Deus no exame que ela fez deu negativo** (MULHER 15 SP HIV).*

A análise a partir desses discursos mostrou a alegria e alívio das mulheres soropositivas ao receberem a confirmação da negatividade dos exames de seus filhos. Todas as mulheres que vivenciaram a gestação e soropositividade afirmaram ter seguido corretamente as orientações dos profissionais de saúde. As gestantes desse estudo também se comprometeram seguir todas as recomendações *certinho* para que seus filhos fossem beneficiados com a soronegatividade.

Segundo recomendações do Ministério da Saúde, a mulher deve ser orientada sobre a importância do acompanhamento da criança até definição de sua situação sorológica (BRASIL, 2007). Entretanto, Neves e Gir (2006) reforçam essa recomendação salientando que “um acompanhamento sistemático dessas crianças deve ocorrer mesmo após a confirmação da sorologia negativa, uma vez que elas foram expostas a agentes com potenciais carcinogênicos”

O sonho de ver os filhos(as) soronegativos(as) direcionaram as mulheres a olhar para o não amamentar como um ato de amor para preservação a saúde de seus filhos.

7.5.2 Subcategoria: Não amamentar: um ato de amor em preservação da saúde

Embora a amamentação tenha sido valorizada pelas mulheres desse estudo, a não-amamentação envolve “riscos e benefícios” (SILVA, 2005). Riscos, por deixar a criança exposta às outras infecções (respiratórias, gastrintestinais), sem proteção imunológica, sem afetividade e sem os elementos nutricionais essenciais ao seu crescimento e desenvolvimeto saudáveis; benefícios, por não ter sido contaminada por vírus que destroem as defesas orgânicas e desenvolvem doenças incuráveis e letais. Assim, mesmo que o não amamentar seja permeado por tristeza, dor e sofrimento, preservar a saúde do(a) filho(a) é também um ato de amor.

Para as mulheres soronegativas, o não amamentar pode ser substituído por outras formas de cuidado como a troca de carinho e afetividade, conforme relatado a seguir:

Porque um leite contaminado eu não vou alimentar meu filho. Então eu vou tentar de outras formas passar meu carinho e minha atenção para ele, mas não com o leite materno. Vou tentar achar uma forma possível para esta troca de carinho (GESTANTE 7 SN).

Estas formas de substituir a amamentação e manter a saúde do filho foram vivenciadas pelas mulheres soropositivas, que, ao se verem impossibilitadas de amamentar, buscaram estratégias de compensação da perda afetiva ao se manterem mais próximas de seus(suas) filhos(as), brincando com eles e fazendo muito carinho neles, conforme expressados na fala abaixo:

Eu não me senti menos mãe e nem senti a falta de passar o carinho para ele, porque eu acho que ele não sentiu tanto a perda de ordem afetiva porque eu sempre procurei compensar de outras maneiras, ficando perto mesmo, tanto que ele é muito apegado a mim, está sempre junto, eu brinco muito com ele, faço muito carinho, né? Mesmo sem o peito a gente vai compensando de outras formas (MÃE 8 SP HIV).

Desse modo, as mulheres soropositivas utilizaram de maneiras que as possibilitaram estarem próximas a seus(suas) filhos(as) utilizando-se atitudes e ações que possam substituir o contato físico e favorecer o desenvolvimento psicológico e social de seu(sua) filho(a).

Diante da não-amamentação, a equipe de saúde deverá se preocupar em estabelecer o vínculo mãe-bebê ainda na sala de parto, após os cuidados imediatos ao recém-nascido, proporcionando o contato pele-a-pele; manter a mãe HIV positiva e recém-nascido em enfermarias de alojamento conjunto, 24 horas por dia; informar a mãe maneiras de estimulação motora-oral em filhos de mãe HIV positivas e ensinar a mãe como consolar o recém-nascido que não pode ser amamentado no peito (BRASIL, 2004c).

As crianças que não são amamentadas correm um risco maior de não receber suficiente atenção, por isso é necessário que eles sejam aconchegados e consolados de várias maneiras como sendo massageados, agasalhados, segurados no colo com mais frequência, embalados. É importante ainda, orientar as mães ou outra cuidadora a cantar e falar para que o recém-nascido escute sua voz, sendo necessário ainda dormir com ele para manter uma proximidade pele-a-pele (BRASIL, 2004c).

Vale salientar que sugar é outra forma de o recém-nascido manter o contato com sua mãe, o que poder ser conseguido com a sucção de um dedo limpo. Entretanto, é salutar ressaltar e necessário que “a chupeta não é substituta do contato com a mãe ou cuidador. Um bebê que necessita de consolo ou atenção precisa do contato com outra pessoa, não que o deixem sozinho com uma chupeta em sua boca” (BRASIL, 2004c, p. 26).

Substituir o leite materno por outro alimento foi mais uma preocupação para algumas mulheres. Elas escutaram por muito tempo que o leite materno é o melhor alimento para a criança, porém mesmo com os atributos valorativos do leite, elas sabiam que o não amamentar era melhor para a saúde da criança. Desse modo, buscaram alternativas para alimentá-los com leite artificial.

Quando eu não amamentei, eu sabia que era o melhor pra ele. Eu sabia que estava cuidando da saúde dele, no geral. Então, eu já vinha me preparando desde o pré-natal e sabia que eu não ia poder amamentar. Então a gente cuida da alimentação dele de outras maneiras (MÃE 8 SP HIV).

Dei [leite artificial] e até hoje, eles estão saudáveis e não tem nada, graças a Deus. Meus dois filhos não mamaram e, todo mundo dizia: eles não vão conseguir, você não vai conseguir! [...] Meus filhos, todos os dois é sadio, forte e saudáveis (MÃE 5 SP HIV).

A maneira encontrada por estas mulheres foi ter oferecido o leite artificial, sendo considerada neste momento a melhor forma de alimentar uma criança filha de mãe soropositiva, pois a criança não pode ser prejudicada, ao contrário, precisa ser protegida da doença.

[...] o bebê não tem doença nenhuma, não foi contaminado. Os dois leites são contaminados, tudo que eu vou pegar e dar o leite ao o bebê vai contaminar. Quando eu vi os leites com os vírus, eu senti que eu poderia prejudicar a vida de um bebê inocente (GESTANTE 33 SN).

Que o nenê esta aqui para ser protegido da doença [...] eu ia me proteger caçar um outro remédio para mim não passar para minha família (MULHER 18 SP HTLV).

Então é melhor não amamentá-la com um leite contaminado e venenoso.

Mas eu sei que o que o leite com HIV é um leite contaminado, venenoso, quer dizer que é um verdadeiro veneno, né. E eu tendo meu filho, eu não vou dar, saber que to com um problema desse não vou passar para meu filho, pegar o veneno para dar ao meu filho tomar (MULHER 23 SP HIV).

Porque uma mãe que ama seu filho de coração não ia dar um leite contaminado para ele. Desse modo, não amamentar significa o amor que a mãe dá para o filho representado pelas modelagens de um coração e uma flor (Figuras 24 e 30) como símbolo do amor da mãe para o filho e confirmados nas falas das mulheres que criaram as modelagens, conforme segue abaixo:

Porque uma mãe que ama seu filho de coração, ela não ia dar um leite contaminado a ele. Então, ela ia jogar no lixo, mesmo que ele ficasse em falta, ela ia sentir muito, mas o leite era ruim, não valia a pena ela dar [...] (MULHER 10 SP HTLV).

Pelo amor que eu tenho pela minha vida. Quando eu penso no leite materno contaminado eu penso em não dá para meus filhos. Relatando sobre este problema, é não passar este leite contaminado para a criança. Procurar banco de leite! Esta flor significa o amor que a mãe dá para o filho (MULHER 7 SP HIV).

Para Santos (2004, p. 284)

em termos práticos, ela pode, sempre que tiver que fornecer o alimento para seu filho, procurar fazê-lo pessoalmente, buscando estabelecer com ele uma profunda relação através de um processo de interação e transação estabelecido por estímulos sensoriais, auditivos, táteis, visuais e emocionais (contato pele a pele, olho a olho, toque e outras modalidades de troca), do mesmo modo que ocorre com a amamentação natural. Agindo assim, poderá estar amenizando para si e para o seu filho os efeitos da privação do ato de amamentar.

Assim como no estudo de Silva (2005), a vivência do não amamentar “torna-se uma parcela de tristeza, mas, ao mesmo tempo, um ato de amor, tão heróico quanto ao da mãe sadia que supera todos os obstáculos físicos e sociais para amamentar seu filho” (p. 20).

Para as mulheres desse estudo, é difícil não amamentar, mas renunciar a amamentação é um ato de amor nascido da necessidade de proteger a criança de um vírus letal. Desse modo, a não-amamentação ganha novas representações, novos saberes, novos dizeres, novas atitudes e novos comportamentos.

Assim, faz-se necessário estudar as dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais que permeiam as interações humanas e os processos comunicacionais quando se trata de vivenciar o cuidado às mulheres em seu ciclo grávido-puerperal, em especial as soropositivas para os vírus HIV e HTLV.

Entretanto, tal como no estudo de Silva (2005), a não-amamentação vivenciada como benefício para a criança não isenta a tristeza e o sentimento de perda da mulher fazendo-se necessária a busca de estratégias de desconstrução do simbolismo do ideal da maternidade vinculado à amamentação.

8 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Teoricamente, o processo de análise nunca se exaure e, por conseguinte, nunca está completo (BAUER; GASKEL, 2002, p. 131).

A inquietude em visualizar o revés da amamentação, ou seja, a não-amamentação devido ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV, despontou no curso de doutorado, fazendo-me trilhar por caminhos antes obscurecidos pelos significados que eu atribuía ao processo de amamentação e não-amamentação. No entanto, como toda pesquisa começa por uma incerteza e com um desafio, me lancei neste universo para poder apreender e compreender as representações sociais do contágio do leite materno pelo vírus HIV e HTLV e suas implicações na não-amamentação.

Ao trilhar este novo caminho, a partir da revisão de literatura, das discussões com a orientadora e do encontro com 198 mulheres durante a coleta de informações, novos horizontes foram despontando, novos significados foram sendo construídos, permitindo visualizar o revés da amamentação.

Construir-desconstruir-reconstruir os significados da não-amamentação devido ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV não foi tarefa fácil para mim, como profissional de saúde que sempre promoveu, protegeu e apoiou o aleitamento materno, Entretanto, segui guiada pelas **questões norteadoras** do estudo – como as mulheres significam e conferem sentido ao contágio do leite materno e ao leite materno contaminado pelos vírus HIV e HTLV e como as mulheres expressam as atitudes e comportamentos frente ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV quando são expostas a uma situação hipotética? E, pela **Tese** (confirmada), que ora defendo: as RS que as mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV e HTLV constroem sobre a infecção por estes vírus são responsáveis por atitudes de não-amamentação frente ao contágio do leite materno.

Para tanto, foi necessário adentrar o mundo imaginário e real das mulheres soronegativas e soropositivas e percorrer junto com elas, este novo caminho que se constituiu num trilhar árduo, especialmente pela pouca experiência no convívio com mulheres portadoras dessas infecções que, ainda nos dias atuais, vivem a enfrentar o preconceito e estigma por serem portadoras dos vírus HIV e HTLV e são impossibilitadas de amamentar seus(suas) filhos(as). No entanto, ao construir um conhecimento sobre o contágio do leite

materno por estes vírus, direciono um novo olhar para o cuidado de mulheres que vivenciam a soropositividade e a não-amamentação.

Para alcançar os objetivos da pesquisa, fundamentei-me na TRS e utilizei multimétodos e multitécnicas para coleta das informações. Assim, segui uma abordagem quanti-qualitativa ao utilizar o *survey* descritivo, técnicas projetivas (TALP e MCMM) e uma dinâmica interativa como técnicas de coleta de dados. A análise resultou na construção de categorias empíricas que contemplaram as informações advindas da transversalização das três técnicas utilizadas para coletar os dados.

Do resultado dessa transversalização emergiram cinco categorias: 1) Reveses e vieses – o (des)conhecimento como consequência de vidas reescritas; 2) Amamentar ou não, um desafio – (des)conhecer, razões para decidir/escolher; 3) *Multiversas* maneiras de viver a vida sendo soropositiva; 4) A difícil decisão de não amamentar: conflitos valorativos; 5) Sentimentos e sensações do *ser* mãe de filhos livres dos vírus HIV e HTLV e suas respectivas subcategorias.

Essas categorias interrelacionadas entre si e entre as subcategorias fizeram emergir os sentidos das representações sociais de mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV e HTLV referentes ao contágio do leite materno, os conteúdos dessas representações e suas implicações na impossibilidade de amamentação de seus(suas) filhos(as) e as atitudes e comportamentos expressos pelas mulheres frente ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV quando expostas a uma situação hipotética.

A primeira categoria, *Reveses e vieses – o (des)conhecimento como consequência de vidas reescritas*, retratou o (des)conhecimento que as mulheres possuem sobre os vírus, especialmente o HTLV. Os três grupos de mulheres informaram que ouviram falar sobre o HIV desde a adolescência, sendo que a televisão exerceu massivamente influência sobre a aquisição do saber relativo a esta infecção. Entretanto, a apreensão do saber sobre a infecção pelo HIV/aids, ainda está aquém do desejado na óptica das participantes deste estudo, considerando a forma como a informação veiculada foi expressa pelo discurso das informantes.

As campanhas sobre prevenção do HIV veiculadas pelos meios de comunicação têm uma abrangência larga sobre a população em geral, porém a informação é direcionada à transmissão pelo ato sexual, com destaque para o uso de condons (camisinhas), e não focalizam igualmente as outras formas, dentre elas a transmissão vertical, que ficam obscurecidas. Semelhantes a essas são as campanhas sobre a amamentação, pois não divulgam a transmissão vertical dos vírus através do leite materno.

Além do vazio existente quando se trata do vírus HTLV, permanece uma disparidade de (des)conhecimento para o qual a maioria das mulheres soronegativas e soropositivas para o HIV declararam nunca terem ouvido falar sobre este vírus e, entre as que já ouviram falar, as informações que obtiveram não as permitiram apreender o conhecimento sobre o mesmo. Somente as soropositivas para o vírus HTLV, em sua totalidade, ouviram falar do referido vírus, sendo que a maioria passou a obter algum conhecimento quando se descobriram soropositivas na idade adulta. Diferentemente do que se sabe sobre o HIV, massivamente difundido pela mídia, o que as mulheres sabem sobre o HTLV foi informado pelos profissionais de saúde quando se descobriram soropositivas.

Constata-se uma lacuna na sociedade, de modo geral carente de informações relativas ao HTLV. Desse modo, evidencia-se o desconhecimento da população sobre esse vírus, que tem apenas uma pequena parcela de cidadãos informados, após terem sido acometidos da infecção, o que aponta o abismo da impossibilidade de medidas preventivas para a sociedade.

A segunda categoria, *Amamentar ou não, um desafio – (des)conhecer, razões para decidir/escolher*, foi explicitamente demonstrada na dinâmica interativa quando as mulheres soropositivas e soronegativas ao serem expostas à encenação escolheram a mamadeira com LM HTLV, por desconhecerem o vírus, ou quando uma mulher soropositiva para o HIV, escolheu a mamadeira com LM HIV, por desconhecer o HTLV, mas acreditando que quando a mulher é apenas soropositiva para o HIV pode amamentar o(a) filho(a).

Para as mulheres que detêm algum conhecimento sobre os vírus, a escolha do leite a ser oferecido foi balizada pelos significados atribuídos ao leite materno, os quais se centraram nos atributos valorativos positivos, enquanto o leite materno contaminado pelos vírus foi rejeitado pelos atributos valorativos negativos. Desse modo, amamentar e não amamentar torna-se um desafio para as mulheres que se veem encurraladas entre o desejo de amamentar e o desejo de manter a saúde do filho.

A terceira categoria, *Multiversas maneiras de viver a vida sendo soropositiva*, denotou as múltiplas maneiras que as mulheres soropositivas encontraram para viver o cotidiano sendo soropositivas, seja de forma consciente ou driblando o inconsciente como estratégia de enfrentamento diante da soropositividade, a partir das representações sociais que elas possuem sobre os vírus.

A quarta categoria, *A difícil decisão de não amamentar: conflitos valorativos*, retratou como o processo de não-amamentação devido ao contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV foi considerado difícil, triste e árduo pelas mulheres soropositivas para estes vírus, uma vez que elas vivenciaram o conflito entre o desejo de amamentar e o desejo de manter o

filho saudável e livre da infecção. Para tanto, sofreram no corpo e na mente as alterações físico-orgânicas, emocionais e psicossociais diante de sua decisão pela não-amamentação. Para elas, amamentar foi um sonho não realizado, uma vontade reprimida e um querer sufocado devido a sua soropositividade. Tal fato pode ser explicado pelo significado que elas atribuíram à amamentação, como sendo importante e natural na vida de uma mulher.

As mulheres soropositivas para o vírus HIV retrataram como foi **difícil não amamentar** seus filhos, especialmente quando eles choravam e elas sentiam o peito transbordando de um leite que não iria ser utilizado por estar carregando um vírus considerado mortal. Para estas mulheres, não amamentar devido a sua condição de soropositividade foi permeado de sentimentos de tristeza, medo, culpa e raiva. Entretanto, elas afirmaram, unanimemente, que se sentiram felizes por não terem contaminado seus filhos com os vírus.

As mulheres soropositivas para os vírus enfrentaram o dilema de terem que justificar socialmente a não-amamentação. Com isso, sofreram duplamente, por não estarem amamentando os filhos e pela condenação da soropositividade pelo medo do estigma e discriminação social, assim esconderam o seu estado sorológico, inclusive para a própria família. Para tanto, elas justificaram socialmente a não-amamentação utilizando-se de alegações que lhes parecem plausíveis escondendo, dessa forma, a sua condição sorológica.

Além destas dificuldades, as mulheres enfrentaram as pressões sociais para amamentar seus filhos, especialmente por parte das pessoas que desconhecem o seu estado sorológico. Com isso, ao justificar socialmente o porquê da não-amamentação, sofrem ainda mais, já que a cada justificativa elas se lembram que não podem amamentar devido a sua soropositividade.

Nesse contexto, representaram o leite materno contaminado pelos vírus HIV e HTLV, como um leite que não presta, contaminado, inútil, ruim, venenoso, que deve ser desprezado, jogado fora porque não serve e por isso, deve secar logo para que as mulheres não se sintam tentadas a oferecer aos(às) seus(suas) filhos(as).

A quinta categoria, *Sentimentos e sensações do ser mãe de filhos livres dos vírus HIV e HTLV*, revelou o momento em que as mulheres ressignificaram a não-amamentação por meio de sentimentos e sensações de se tornarem mães de filhos(as) soronegativos(as) para os vírus. Se para elas, amamentar é símbolo de completude, troca de afetos e sinal de dever cumprido para com o(a) filho(a), por outro lado, não amamentar é ressignificado como um ato de amor, no qual a saúde do filho foi preservada.

A não-amamentação vivenciada como benefício para a criança, não a isentou as mulheres da tristeza e do sentimento de perda, o que indica a necessidade de se buscar

estratégias de desconstrução do simbolismo do ideal da maternidade vinculado à amamentação.

A presença de um vírus letal no leite materno proporcionou mudanças de comportamentos nas mulheres em relação à prática da amamentação. No processo de viver dessas mulheres foi possível visualizar as *multiversas* maneiras que elas utilizaram para enfrentar a soropositividade e não-amamentação. As soropositivas não amamentaram para manter a saúde dos(as) filhos(as), esconderam a soropositividade para não serem estigmatizadas e encontraram alternativas para justificar a não-amamentação, para alimentar os(as) filhos e proporcionar a troca de afetividade entre ambos.

As mulheres representaram o contágio do leite materno como um reviver de dificuldades biológicas, psicológicas, sociais, econômicas e culturais presentes em seu cotidiano, expressas, principalmente, pela frase “difícil não poder amamentar”, levando-as a experimentarem o sentimento de tristeza diante da impossibilidade de amamentar seus(suas) filhos(as). Esta tristeza advém, especialmente, do fato de elas não poderem prover o leite materno para seus(suas) filhos(as) – alimento considerado essencial e saudável, que evita doenças e que transmite amor, contato, proteção e carinho.

Foi difícil para essas mulheres conhecerem os benefícios do leite materno para a saúde da criança e não poderem amamentar os(as) filhos(as). Tal fato despertou sentimentos de culpa pela falta de prevenção, especialmente, pelo descuido de não terem utilizado a camisinha nas relações sexuais, terem se contaminado e contaminado o leite materno. No entanto, ao mesmo tempo em que se sentem culpadas, elas também se sentem aliviadas, uma vez que a não-amamentação é uma das formas de prevenção da transmissão do vírus para o(a) filho(a), tornando a não-amamentação um ato de amor em preservação à saúde dos filhos, levando-as buscar estratégias para compensar a falta do aleitamento materno.

Os três grupos representaram o leite materno e amamentação da mesma maneira. Desse modo, foi constatado que a diferença entre os grupos não está no âmbito representacional, mas sim no posicional. As mulheres soronegativas, em consequência da pressão social, devem e podem amamentar, por sua vez as mães SP HIV e SP HTLV devem amamentar por ser a amamentação delimitada como uma forma que confere o *status* de mãe, entretanto, não podem para não transmitir o vírus ao filho, gerando duas pressões contraditórias, que levam estas mulheres a racionalizar e ressignificar a não-amamentação como uma forma de proteger o(a) filho(a) da contaminação do vírus, transformando-a num ato de amor.

A diferença se expressa ainda, no que concerne à representação da contaminação do leite pelo vírus HTLV. As mulheres SP HTLV possuíam um conhecimento sobre o vírus, enquanto que os outros grupos não o conheciam suficientemente para o representarem, tal como foi demonstrado para o HIV que é um objeto mais universal e compartilhado socialmente.

Desse modo, quando representaram amamentação e HIV, as mulheres conseguiram unir as duas representações. Por sua vez, quando elas pensaram amamentação e HTLV, evocaram conhecimentos sobre um objeto de representação social (amamentar) e um objeto desconhecido (pelo menos para as soronegativas e SP HIV), uma vez que a primeira reação para muitas delas foi de surpresa. Para outras, o conhecimento sobre o vírus HTLV foi ancorado no HIV, sífilis, hepatite, HPV. Esta parece ser, portanto, a tradução da ancoragem deste objeto desconhecido.

Tal fato remete à afirmação de que o vírus HTLV ainda não é um objeto elaborado e compartilhado socialmente, não sendo, provavelmente, um objeto de representação social. As associações, quando existem, são imprecisas, genéricas e algumas difusamente relacionadas a outras doenças como aids, HPV, sífilis entre outras. No entanto, é possível afirmar que existe uma germinação (formação) de RS entre o grupo de mulheres soropositivas para este vírus, ancorada, especialmente, no conhecimento vivenciado a partir da soropositividade, o que as levou a representar a infecção pelo vírus HTLV na esfera psicoafetiva.

A constatação da ausência de RS para o vírus HTLV não invalidou a pesquisa, visto que permitiu aflorá-lo como um objeto emergente de RS, ilustrando uma lacuna da TRS – não possuir fronteiras claras e delimitadas. No caso específico deste estudo, a falta de divulgação sobre o vírus HTLV, quer seja pela mídia ou pelos profissionais de saúde nos grupos de pertencimento das mulheres entrevistadas, contribuiu para que elas não obtivessem conhecimentos suficientes para compartilhá-lo e representá-lo.

Desse modo, a partir dos resultados apresentados pode-se afirmar que:

- o saber do senso comum, valorizado na TRS, conduz a construção de conhecimentos que fortalecem atitudes e guiam condutas e comportamentos a depender das representações sociais que atribuímos a determinado objeto;
- o TALP forneceu informações sobre a significação a partir do conteúdo semântico da representação revelando conhecimentos que extrapolam o domínio cognitivo sobre o conhecimento que as mulheres têm a respeito do contágio do leite materno;
- o MCMM extraiu do universo das mulheres os sentimentos recalcados e reprimidos ao trazer à luz informações sobre a afetividade. Esses afetos foram expressos nas modelagens

construídas pelas mulheres, que permitiram a objetivação das representações sociais sobre os vírus e os sentimentos diante da não-amamentação;

- a dinâmica interativa explorou as atitudes e comportamentos das mulheres diante do contágio do leite materno pelos vírus, na qual as suas representações orientaram quanto à escolha do tipo de leite a ser oferecido ao boneco (recém-nascido);
- o contágio do leite possibilitou uma resignificação da amamentação quando as mulheres desenvolveram estratégias próprias para se protegerem e proteger seus(suas) filhos(as) de atitudes preconceituosas e discriminativas;
- é preciso refletir sobre a necessidade de implantação e implementação de políticas públicas que consigam atender às mulheres de forma integral, especialmente as mulheres soropositivas para o HTLV, e que vislumbrem a subjetividade das mulheres que precisam conviver com a soropositividade e a não-amamentação.

Além disso, os(as) profissionais de saúde precisam de capacitação para implementar cuidados individualizados a essas mulheres de modo integrado e sem julgamentos e coerção e, acima de tudo, não culpabilizá-la pela sua contaminação e pela contaminação do leite materno.

É necessário ainda, realizar campanhas de divulgação sobre as formas de prevenção e transmissão dos vírus, especialmente do HTLV, que se encontra tão desconhecido no imaginário social da maioria da população, dos profissionais de saúde e das pessoas mais vulneráveis para este vírus, as mulheres.

A amamentação precisa ser vista por outro ângulo e, mais que isso, precisa ser abordada de forma que não deixem as mulheres se sentirem culpadas pela não-amamentação. No entanto, esta prática milenar não deve deixar de ser promovida, protegida e apoiada para as mulheres soronegativas.

Além dessas afirmativas, faz-se necessário:

- refletir sobre as campanhas educativas sobre o aleitamento materno que são veiculadas no sistema de comunicação de massa com intuito de implementar ações que contemplem as mulheres soropositivas para os vírus;
- elaborar campanhas educativas sobre HIV/aids abordando todas as formas de transmissão e prevenção para este vírus;
- implantar políticas públicas para as portadoras do HTLV, especialmente para as mulheres que vivenciam a soropositividade e não-amamentação;
- investir em campanhas educativas para divulgação de informações sobre o HTLV em todo país, especialmente nos estados onde há maior prevalência e incidência, como a Bahia;

- implementar políticas públicas abrangendo não apenas a área da saúde, mas também da educação, trabalho, cultura e lazer.
- realizar medidas de prevenção e controle da transmissão vertical, com detecção precoce da soropositividade das mulheres por meio de exames sorológicos, não somente no pré-natal, mas nos serviços de planejamento familiar;
- tornar obrigatório a sorologia para o vírus HTLV nos serviços de pré-natal de todo país;
- investir em serviços de aconselhamento e suporte socioeducacional às mulheres soropositivas, não somente fornecendo o leite, mas ajudando-as ressignificar a amamentação e não-amamentação, orientando-as na alimentação adequada a ser oferecida ao(a) seu(sua) filho(a) e, acima de tudo, não culpabilizar a mulher por sua contaminação e pela contaminação do leite materno;
- implantar e implementar ações de aconselhamento para as IST/AIDS e para o HTLV em todos os municípios do país, bem como serviços psicológicos para suporte emocional às portadoras dos vírus;
- implementar ações de aconselhamento em alimentação infantil, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde;
- não centralizar o cuidado aos procedimentos clínicos, mecânicos e farmacológicos de inibição da lactação, mas olhar a mulher em sua subjetividade e como um ser que requer cuidados psicossociais;
- capacitar recursos humanos para realizar o aconselhamento em HIV, HTLV e alimentação infantil no que concerne a crianças filhas de mulheres soropositivas para atendimento às mulheres que não podem amamentar seus filhos;
- incentivar metodologias cuidativas que minimizem o preconceito, a discriminação e estigmatização das mulheres que não amamentam seus(suas) filhos(as) em decorrência da soropositividade;
- utilizar a mídia escrita e falada na promoção de campanhas para minimizar o preconceito e a discriminação às pessoas soropositivas para os vírus HIV e HTLV.

Apreender os significados do contágio do leite materno pelos vírus HIV e HTLV trouxe contribuições para refletir não somente sobre as políticas públicas de saúde existentes, mas, sobretudo, as contribuições que o estudo trará para o ensino, a pesquisa e a extensão, especialmente para a área da enfermagem, ao promover reflexões sobre a temática e motivar os profissionais de saúde a investir em projetos de pesquisa e extensão.

Por fim, destaco que, em relação ao cuidado de enfermagem a ser oferecido às mulheres soropositivas para os vírus HIV e HTLV, os resultados deste estudo trarão

contribuições, pois possibilitam ampliar a visão sobre a vivência das mulheres que não amamentam e são soropositivas, possibilitando pensar/agir em cuidados individualizados e específicos para estas mulheres, o que as fará mais fortalecidas por receberem cuidados de maneira humanizada por serem respeitadas em sua condição específica, de soropositiva e, portanto, não poderem amamentar.

Este estudo me mostrou não somente o revés da amamentação, mas, sobretudo, me permitiu trilhar por um percurso teórico e metodológico que possibilitou apreender os significados que as mulheres atribuem ao contágio do leite materno. Considero que os objetivos do estudo foram respondidos, entretanto, novas inquietações surgiram, dentre elas, a de investir em uma metodologia de cuidado para as mulheres que vivenciam a soropositividade e a não-amamentação, despontando desse modo um novo caminho a trilhar.

Assim, chego ao final deste estudo consciente que estas reflexões não se esgotaram neste momento, uma vez que novos horizontes surgiram atrelados às novas inquietações diante da temática pesquisada.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean-Claude. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de (org.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998.
- AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface** – comunic, Saúde, Educ, v. 6, n11, p.11-24, ago 2002.
- ALBUQUERQUE, R. M. A. Aleitamento Materno: um ato Ecológico In: REGO, J. D. (org.). **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 120p.
- ALMEIDA J.A.G. NOVAC F. R. Amamentação: um híbrido entre natureza-cultura. **J Pediatr (Rio de J)**. 2004;80 (5supl): S119-S125.
- ALMEIDA, M. S. Sentimentos femininos: o significado do desmame precoce para mulheres. **Rev Texto Contexto Enferm.** , Florianópolis, v.6, n. 1, p. 260-275, jan./abr. 1997.
- ALMEIDA-COELHO, R. C. H. **Cuidando da mulher gestante com HIV fundamentado na Teoria de Parse**: um novo referencial para a prática de Enfermagem. 2001. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- AMIN, S. **Breastfeeding and women's empowerment**: the global technocratisation of reproduction. Penang, Malasia, 1995.
- ARAÚJO, L. D. S. Querer/poder amamentar: uma questão de representação. Florianópolis, 1998. Resumo Dissertação [Mestrado em Enfermagem] **Rev. Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 170-178, jan./jun. 1992.
- ARRUDA, A. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p.127-147, novembro/2002.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução de Waltesin Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.
- BANGHAM, C. R. M. et al. **Spread of HTLV-I Between Lymphocytes by Virus-Induced Polarization of the Cytoskeleton**, Science, 2003.
- BARROS, M. N. F; SANTOS, R. A. C. A busca de significados nos movimentos religiosos. **Revista de Psicologia social e institucional**. Universidade Estadual de Londrina, v. 1, n. 1, Jan. 1999.

BAUER, M. W; GASKELL, G; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidades e interesses do conhecimento: evitando confusões. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (editores). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 4. ed. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BERER, M; RAY, S. **Mulheres com HIV/AIDS**: um livro sobre recursos internacionais: informações, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/AIDS, saúde reprodutiva e relações sexuais. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1997, 512p.

BITTENCOURT, A. L; PRIMO, J; OLIVEIRA, M. F. P. Manifestações infanto juvenis da infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV). **Jornal de Pediatria**. Vol. 82, n. 6, 2006.

BITTENCOURT, A. L. Transmissão vertical do vírus linfotrópico para células T humana tipos I e II (HTLV-I/II). **J. Brás.ginecol**; 108(6): 187-94, jun. 1998.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Secretária da Saúde do Estado da Bahia. CREAIDS – BA. Centro de Referência Estadual de Aids. Salvador, v. 1, n. 1, 2006.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS, Ministério da Saúde, Brasília. Ano V n. 1 - 27^a à 52^a semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2007 e 01^a à 26^a semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**. V.4, n. 2, p. 15-25. Suplemento. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil/MS**. Secretária de Políticas de Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Projeto Nascer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Guia de manejo clínico do paciente com HTLV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Manual Normativo para Profissionais de Saúde de Maternidades da Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Oficina de Aconselhamento em DST/aids para a atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Infeção pelo vírus t-linfotópico humano (HTLV)**. 2006. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/assistencia/manualdst/item13.htm>>. Acesso em: 12/02/2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, T. M. **Olhando o passado e repensando o futuro: a desconstrução do paradigma da amamentação em relação ao vírus da imunodeficiência humana na transmissão vertical**. 2000. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 2000.

BRITES, C. Co-infecção por HIV no paciente infectado por HTLV. In: PROIETTI, A. B. F. C. (org.). **HTLV**. 4. ed. Belo Horizonte: Cadernos Hemominas, 2006.

CAMELO JÚNOR, J. S.; FREITAS DA MOTTA, M. S. Passagens de agentes infecciosos pelo leite materno. In: DEL CAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; ALMEIDA, C. A. N. **Aleitamento Materno: passagens e transferências mãe-filho**. São Paulo: Atheneu, 2004.

CAMARGO, B. V. A televisão como vetor de difusão sobre a aids. In: In: COUTINHO, M. P. L. et al (orgs). **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Universitária/UFPB, 2003. p. 67-77.

CASTRO, R. C. **As contradições do assistir em amamentação**. Incentivo ao aleitamento materno versus inibição da lactação. 2002. 108f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz – Saúde da Mulher e da Criança. Rio de Janeiro, 2002.

CATALAN-SOARES, B. C; CARNEIRO-PROIETTI, A. B. F; PROIETTIL, F. A. A. **Transmissão Vertical dos vírus linfotrópicos humanos de células T (HTLV-I e II)**. s/d

_____. Os vírus linfotrópicos de células T humanos (HTLV) na última década (1990-2000). **Rev. Brás. Epidemiol.** v. 4, n. 2, 2001.

CATALAN-SOARES, B; PROIETTI, A F. HTLV-1 e 2: Aspectos epidemiológicos. In: PROIETTI, A. B. F. (org.). **HTLV**. 4. ed. Belo Horizonte: Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais, 2006.

CAVALCANTE, M. A. A; SHIMO, A. K. K; ROLIM, E. J. Representações sociais sobre amamentação em um grupo de usuárias do sistema público de saúde de Pilar do Sul – SP. **Rev Paul Enf**. 2003 jan-abril; 22(1): 93-9.

CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for counseling persons infected with human T-lymphotropic virus, types I and II. **Annals of Internal Medicine** (v. 118, n. 6, March 15, 1993). Disponível em: <www.htlv.com.br/epidemiologia6.htm>. Acesso em: 16 Fev 2007.

COELHO, Sarita. **O vírus negligenciado**. Disponível em: <<http://www.portaldaretina.com.br/home/saibamais.asp?id=189>>. Acesso em: 15 Fev 2007.

COELHO, Sinaide Santos Cerqueira. **Abordagem profissional no cuidado de mulheres portadoras do vírus HIV impossibilitadas de amamentar**. 2008. 65p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

COSTA, J. F. **Ordem Médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

COUTINHO, M. P. L. **Uso de técnicas projetivas na apreensão de representações sociais da sintomatologia da depressão infantil**. Tese (Doutorado). São Paulo. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2001.

_____. **Depressão Infantil e representação Social**. 2. ed. João Pessoa: Universitária UFPB, 2005.193p.

COUTINHO, M. P. L.; NÓBREGA, S. M; CATÃO, M. F. M. Contribuições teorica-metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das representações sociais. In: COUTINHO, M. P. L. et al (orgs). **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Universitária/UFPB, 2003. p. 50-66.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: DESLANDES, S. F; CRUZ NETO, O; GOMES, R; MINAYO, M. C. (Organizadora). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

DIÁRIO OFICIAL DE PORTO ALEGRE. Excelência **internacional distingue serviço de saúde em Porto Alegre**. Órgão de divulgação do Município – Ano X – Edição 2.535 – Segunda-feira, 23 de maio de 2005. Disponível em: <www.portoalegre.rs.gov.br>. Acesso em: 16 Fev 2007.

DIAS, M. B. O. Os sentimentos expressos pela mulher durante a amamentação. Florianópolis, 1997. Resumo Dissertação [Mestrado em Enfermagem] **Rev. Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 334, jan./abr. 1997.

D'INCAO, Maria. Ângela. Mulher e família burguesa. In: DEL PRIORI, Mary (org.). **História das mulheres no Brasil**. 8. ed. São Paulo: Contexto, 2006, p. 223-40.

DOURADO, I; ALCANTARA, L. C. J; BARRETO, M. L; TEIXEIRA, M. G; GALVÃO-CASTRO, B. HTLV-I in the general population of Salvador, Brazil. A city with African ethnic and sociodemographic characteristics. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.** 2003; 34: 527-31.

DORON, R; PAROT, F. **Dictionnaire de Psychologie**. Press Universitaires de France, Paris, 1991.

DUARTE, G; QUINTANA, S. M; EL BEITUNE, P. Fatores que influenciam a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2005; 27(11): 698-705.

ELSEN, I; NITSCHKE, R. G. Pós-graduação, pesquisa e ética: um tema acima de qualquer questionamento? **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 2, jul./dez. 1994.

ESCUDEIRO, C. L.; SILVA, I. C. M. **Adoçando o fel do pesquisador**: a doce descoberta das representações sociais. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997. 22p.

FERNANDES, L.; SILVA, M. A. **Vírus T-linfotrópicos humanos (HTLV-I e II)**. Universidade de Évora, 2003. Disponível em: <<http://www.htlv.com.br/index.htm>>. Acesso em: 12 Fev 2007.

FINE, A. Leite envenenado, sangue perturbado: saber médico e sabedoria popular sobre os humores femininos (séculos XIX e XX). In: MATOS, M. I. S. de M.; SOIHET (Org.) **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP. cap. 4, 2003. p. 57-78.

GIAMI, A. **O anjo e a fera**: sexualidade, deficiência mental, intuição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 203 pp.

GIUGLIANI E. R. J. Amamentação: como e porque promover. **J. Pediatri. (Rio J)**. 1994; 70(3) 138-151.

GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: CARVALHO, M. R.; TAMAZ, N. R. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GRIBBLE, K. D. Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers. **International Breastfeeding Journal** 2006, 1:5. Disponível em: <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/5>>. Acesso em: 10 Out 2007.

GOELLNER, S. V. A produção cultural do corpo. In: LOURO, G; FELIPE, J; GOELLNER, S. V. **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

GOMES, C. C. **O dilema da não amamentação em uma perspectiva fenomenológica social**. 2004. Dissertação (Mestrado). Coordenadoria Controle de Doenças da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo – Ciências, SP, 2004.

HAMES, M. de L. C. **Amamentação**: conflito e harmonia no espaço interativo enfermeira, puérpera e sua família. 2001. 141p. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

HEBLING, E. M. **Mulheres soropositivas para o HIV**: sentimentos associados à maternidade e à orfandade. 2005. 99p. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas – Tocoginecologia, Campinas.

IBFAM. **HIV, alimentação infantil e saúde da mãe e da criança**. Atualidades em Amamentação, n.30, 2003. Disponível em: < www.amamentação.com >. Acesso em: 09 set. 2003.

ISHAK, R. et al. Molecular evidence of mother-to-child transmission of HTLV-IIc in the Hararao Village (Kayapo) in the Amazon Region of Brazil. **Rev Soc. Bras. Med. Trop**; 34(6): 519-525, nov.-dez. 2001.

JAVORSKI, M. **Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica**, 2006. Disponível em: <www.aleitamento.com/aartigos.asp?id=1&id_artigo=1257&id_subcategoria=1>. Acesso em: 12 Mar 2007.

JAPIASSÚ, H; MARCONDES, D. **Dicionário Básico de Filosofia**. 4. ed. atualizada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

JODELET, D. Representações do contágio e a AIDS. In: JODELET, D; MADEIRA, M. (orgs). **Aids e representações sociais: à busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998, p. 17-45.

_____. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). **As Representações Sociais** Tradução, Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. 420p.

_____. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

JOFFE, H. “Eu não”, “O meu grupo não”: representações sociais transculturais da aids. In: GUARESCHI, Pedrinho; IOVCHELOVITCH, Sandra (orgs). **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos do saber: representações, comunidades e cultura**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

LANA, A. P. B. **O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica-comportamental da amamentação**. São Paulo. Atheneu, 2001. 423p.

LAMOUNIER, J. A.; MOULIN, Z. S.; XAVIER, C. C. Recomendações quanto à amamentação na vigência materna. **Jornal de Pediatria**. v. 80, n. 5 (suple.), 2004.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. **Vocabulaire dela psychanalyse**. 9. ed. Paris: P.U.F, 1988.

LEOPARDI, M. T. Fundamentos gerais da produção científica. In: LEOPARDI, M. T; BECK, C. L. C; NIETSCHE, E. A; GONZALES, R. M. B. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LIMA, W. C. Ética e Moral, Ética e Liberdade, Ética e Responsabilidade, Princípios de Bioética. **I Seminário de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**. Florianópolis, UDESC-ESAG, 19 e 20 de agosto de 2004, p.17-23.

KLAUS, M.; KENNEL, J. **Parent-infant bonding**. St. Louis: MOSBY, 1982.

MACHADO, A. M. N. **Informação e controle bibliográfico: um olhar sobre a cibernética**. São Paulo: UNESP, 2003.

MARTINS FILHO, José. Evolução do Aleitamento Materno no Brasil. In: REGO, J. D. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, 2000.

MARTINS, M. L; STANCIOLI, E. F. B. Patogênese da infecção pelo HTLV. In: In: PROIETTI, Anna Bárbara de Freitas C. (org.). **HTLV**. 4. ed. Belo Horizonte: Cadernos Hemominas, 2006.

MOXOTO, I; BOA-SORTE, N; NUNES, C; MOTA, A; DUMAS, A; DOURADO, I; GALVÃO-CASTRO, B. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e comportamental de mulheres infectadas pelo HTLV-1 em Salvador-Bahia, uma área endêmica para o HTLV. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 40 (1): 37-41, jan-fev, 2007.

MÉNDEZ, I. G; ROMERO, B. P. Lactancia Materna. **Rev Cubana Enfermer** 2002; 18(1): 15-22.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. 472f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: Press Universitaires de France, 1976.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F; CRUZ NETO, O; GOMES, R; MINAYO, M. C. (Organizadora). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, 2000.

MOURA, E. L; PRAÇA, N.S. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. **Rev. Latino-am Enfermagem**, maio-junho; 14(4): 405-13, 2006.

MORENO, C. C. G. S; REA, M. F; FELIPE, E. V. Mães HIV positivo e a não-amamentação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 6(2):199-208, abri./jun., 2006.

MORENO, C. C. G. S. **Mães HIV positivo**: o dilema da não amamentação em uma perspectiva fenomenológica social. 2004. 209f. Dissertação (Mestrado em Infecções e Saúde Pública) - Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2004.

MORENO, C. C. G. S; REA, M. F; FELIPE, E. V. Mães HIV positivo e não amamentação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 6(2): 199-208, abr./jun., 2006.

MOURA, E. L. **Transmissão vertical do HIV**: percepção e ações da gestante soropositiva. 2002. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

NDUATI, R. W.; JOHN, G. C.; KREISS, J. J. Postnatal transmission of HIV-1 through pooled breast milk. **Lancet**. 344:1432. 1994.

NEVES, L. A. S. **Prevenção da transmissão vertical do HIV/aids:** compreendendo as crenças e percepções das mães soropositivas. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

NEVES, L. A. S; GIR, E. Crenças das mães soropositivas ao HIV acerca da transmissão vertical da doença. **Rev. Latino-am Enfermagem**, setembro-outubro; 14(5), 2006.

NÓBREGA, S. M. Sobre a Teoria das Representações Sociais In: MOREIRA, A. S. P. (org.). **Representações sociais:** teoria e prática. João Pessoa: Universitária/UFPB, 2001, p. 55-87.

NAKANO, A. M. S; MAMEDE, M. V. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimentos de acomodação e resistência. **Rev. Latino-Am**, v. 7, n. 3, p.69-76 – junho, 1999.

NAKANO, A. M. S. 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”. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2): S355-S363. 2003.

NASIO, J.-D. **Meu corpo e suas imagens**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

NÓBREGA, S. M; COUTINHO, M. P. L. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, M. P. L. et al (orgs). **Representações sociais:** abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Universitária/UFPB, 2003. p. 67-77.

ORDAZ, O; VALA, J. Objetivação e ancoragem das representações Sociais do suicídio na imprensa escrita. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denise Cristina. (Org.). **Estudos interdisciplinares de Representações Sociais**. 2. ed. Rev. Goiânia: AB, 2000. p.87-114.

OLIVEIRA, J. F. **Mulheres (com)vivendo com drogas:** vulnerabilidade e representações sociais sobre aids. Salvador, 2001. 145p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. 2001.

OLIVEIRA, M. I. de. **10 Passos para Centros/Postos/Unidades de Saúde da Família**. Disponível em:
<www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=1&id_artigo=441&id_subcategoria=2 2004>.
Acesso em: 17 Jul 2005.

OLIVEIRA, A; AMÂNCIO, L. A análise fatorial de correspondências no estudo das representações sociais – as representações sociais do suicídio na adolescência. In: MOREIRA, A. S. P. **Perspectivas teórico metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Universitária, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **HIV and infant feeding:** framework for priority action. Geneva: WHO, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNICEF). **Manual Técnico. Manejo e promoção do aleitamento materno num Hospital Amigo da Criança** – curso de 18 horas para equipes de maternidade. Genebra: OMS/UNICEF; 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The optimal duration of exclusive breastfeeding.** Disponível em: <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/not_2001-07.html>. Acesso em: 12 Mar 2007.

_____. **Promoção do aleitamento materno nas instituições de saúde:** curso intensivo para planejadores e gestores de saúde. Governo do Estado de São Paulo, 1996.

PAULA, C. L. **Substituição do aleitamento materno:** o significado para as mulheres infectadas pelo HIV. Rio de Janeiro, 2005. 98p. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PAULILO, M. A. S.; JEOLÁS, L. S. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.10, n. 1, 2005, p. 15-184.

PADOIN, S. M. M. **O cotidiano da mulher com HIV/aids diante da (im)possibilidade de amamentar:** um estudo na perspectiva heideggeriana. Rio de Janeiro, 2006. 195f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PAIVA, M. S. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV.** São Paulo, 2000. 170p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

PAMPLONA, V. Aspectos psicológicos na lactação. In: CARVALHO, M. R.; TAMAZ, N. R. **Amamentação:** bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PENN, G. Análise semiótica de imagens paradas. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (editores). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:** um manual prático. 4. ed. Trad. de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

PEREIRA, M. L. D.; CHAVES, E.C. Ser mãe e estar com aids: o revivescimento do pecado original. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 404-10, dez. 1999.

PEREIRA, J. C. Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. **Perspectivas teórico metodológicas em representações sociais.** João Pessoa: UFPB/Universitária, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliações e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRAÇA, N. S. Saúde da mulher e HIV/aids: aspectos preventivos. In: FERNANDES, R. Á. Q.; NARCHI, N. Z. (org.). **Enfermagem e Saúde da Mulher.** Barueri/SP: Manole, 2007.

PREUSSIER, G. M. I. **Escutando as mães HIV+ sobre o grupo de gestantes soropositivas para o vírus da imunodeficiência humana.** 2005. 122f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2005.

RAGO, M. Trabalho feminino e sexualidade. In: DEL PRIORI, M. **A história das mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 2006. p. 578-606.

RAMOS C. V, ALMEIDA J.A.G. Alegações para o desmame: um estudo qualitativo. **J Pediatr (Rio J)** 2003; 79(5): 385-390.

RIBEIRO, C. G; COUTINHO, M. P. L; SALDANHA, A. A. W. O atendimento e o tratamento no contexto da aids: representações sociais de profissionais e pacientes. In: COUTINHO, M. P. L; SALDANHA, A. A. W. **Representação Social e práticas de pesquisa**. João Pessoa: Universitária/UFPB, 2005, p. 191-210.

ROLLINS, N. et al. Feeding mode, intestinal permeability and neopterin excretion: a longitudinal study in infants of HIV-infected South African woman. **J Acq Immune Deficiency Syndrome**. v. 28, p. 132-139, 2001.

RUFF, A. et al. Prevalence of HIV-1 DNA and P24 antigen in breast milk and correlation with maternal factors. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome**. n. 7, p. 68-72, 1994.

REA, M. F; SILVA, S. S. B. **A posição atual da OMS, UNAIDS e UNICEF sobre mães HIV+ e alimentação infantil**. Artigo traduzido e modificado do texto: HIV and Infant feeding: implementation of guidelines. A report of the UNICEF-WHO-UNAIDS-Technical Consultation on HIV and infant feeding. Genebra, 20-22/04/1998.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

_____. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 110p.

SANTOS, E. K. A. **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**. 2004. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2004.

SILVA, L S; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres e homens com mais de 50 anos. **7 HIV-AIDS Virtual Congress**, 2006. Disponível em: <www.aidscongress.net/7congresso.php>. Acesso em: 10 Jun 2007.

SILVA, A. A. M. **Amamentação: fardo ou desejo?** Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, 1990, 320p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SILVA, I. A. Significados atribuídos à abstinência de amamentação por mulheres HIV positivas. **Rev. Maringá**. v. 4, n. 1, p. 13-24, jan/abril. 2005.

SILVA, L. W. S. **A dinâmica das relações da família com o membro portador de diabetes Mellitus tipo 2**. Tese [Doutorado]. Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007.

SIMONS, D. A. Alimentos Complementares ao Desmame: quais, quando e como Introduzi-los? In: REGO, J. D. (org.). **Aleitamento Materno**. São Paulo/Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Atheneu, 2000.

SOUZA, E. Et al. **A construção social da amamentação por mulheres e sua relação com a soropositividade para o HIV/aids**. Relatório preliminar do Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), Salvador/BA, 2007.

SUCCI, R. C. M. Doenças maternas e aleitamento natural. In: REGO, J. D. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SONTAG, S. **Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

TEIXEIRA, M. A. **Meu neto precisa mamar!** E agora? Construindo um cotidiano de cuidado junto a mulheres-avós e sua família em processo de amamentação: um modelo de cuidar em Enfermagem fundamentado no Interacionismo Simbólico. 2005. 238f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

TEIXEIRA, M. A; NITSCHKE, R.G; PAIVA, M. S. Análise de dados em pesquisa qualitativa: um olhar para a proposta de Morse e Field. **Rev. RENE**, Fortaleza. v. 9, n. 3, jul./set. 2008.

TEMPORINI, E. R. **A pesquisa na ciência oftalmológica** – o que investigar. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3202>. Acesso em: 29 Set 2009.

TERUYA, K.; COUTINHO, S. B. Sobrevivência Infantil e aleitamento materno In: REGO, José Dias. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, 2000.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. 685p.

UNICEF-UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, UNAIDS – JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **HIV and Infant Feeding**: a review of HIV transmission through breastfeeding. Genebra, 1998 [WHO/FRH/NUT/CDH/98.1]. Disponível em: <www.unaids.org/publication/documents/mtct/hivmod3.pdf>. Acesso em: 12 Fev 2006.

URETA-VIDAL, A et al. A mother-to-child transmission of HTLV-I: implication of high antiviral antibody titer and high proviral load in carrier mothers. **Int J Cancer** 1999; 82, 832-6.

VAN DE PERRE, P.; SIMONON, A.; MSELLATI, P. et al. Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type I from mother to infant. A prospective cohort study in Kigali, Rwanda. **N Engl J Méd**. N. 325, p. 593-598, 1991.

VAN DE PERRE, P. Breast milk transmission of HIV-1. **Laboratory and clinical studies**. Ann NY Acad Sci; 918:122-7, 2000.

VALA, J; MONTEIRO, M. B. (Coord.). **Psicologia Social**. 7. ed. Lisboa: Fundação Caloute Gulbenkian, 2006.

VEIGA, K. C. G. **Trabalho Noturno**: representações sociais de enfermeiras de um hospital público de ensino. 2009. 157f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

VICTORA, C. G.; SMITH, P. G.; BARROS, F. C. et al. Impact of breastfeeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. **Br Med J**. N. 318, p. 1316-1320, 1999.

VINHA, V. H. P.; SCOCHI, C. G. S. Aleitamento materno: evolução histórica. **Femina**. v. 17, n. 10, p. 819-23. 1989.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, D. C. (org.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998.

WAGNER, M. B; MOTTA, V. T; DORNELLES, C. **SPSS passo a passo**: statistical package for the social sciences. Caxias do Sul: Educs, 2004.

WANZELLER, A. L. M; LINHARES, A. C. Prevalência de anticorpos para HTLV-I/II em recém-nascidos, em Belém do Pará. **Rev. Para. Méd.** 16(3): 14-17, jul.-set. 2002.

WERNECK, J. O desafio das Ialodês: mulheres negras e a epidemia de HIV/aids. In: WERNECK, J; MENDONÇA, MAISA; WHITE, E. C. **O livro da saúde das mulheres negras**: nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Crioula, 2000, p. 95-102.

WIKIPÉDIA, Enciclopédia Livre. **Cognição**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Cognição>>. Acesso em: 30 Set 2009.

WIKIPÉDIA, Enciclopédia Livre. **Tristeza**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/tristeza>>. Acesso em: 30 Set 2009.

XIMENES, S. **Minidicionário Edioro da Língua portuguesa**. 2. ed. São Paulo: Edioro, 2000.

ZIEGLER, J. B.; COOPER, D. A.; JOHSON, R. O. et al. Posnatal transmission of AIDS – associated retrovirus from mother to infant. **Lancet**. P. 896-898, 1985.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE DOUTORADO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Meu nome é **Marizete Argolo Teixeira**, sou aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e estou realizando uma pesquisa intitulada: **SOROPOSITIVIDADE DE MULHERES PARA O HIV E HTLV: SIGNIFICADOS DO CONTÁGIO DO LEITE MATERNO**, tendo como orientadora a Prof^ª Dr^ª Mirian Santos Paiva. A referida pesquisa tem como objetivos: Aprender as representações sociais de mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV/aids e HTLV em relação ao leite materno contaminado por estes vírus; Analisar as implicações destas representações na impossibilidade das mulheres de amamentar seus filhos. Identificar reações de cada mulher soronegativa e soropositiva para os vírus HIV/aids e HTLV-I frente ao contágio do leite materno por estes vírus.

A coleta de informações será feita mediante a realização de entrevistas e de uma oficina com manuseio de massa de modelar. Esta pesquisa poderá ser importante para as mulheres, para a população em geral e para os profissionais de saúde, o que possibilitará um repensar nas políticas públicas e as formas de cuidar que possam ajudar as mulheres que não podem amamentar seus filhos por serem portadoras dos vírus HIV/aids e HTLV. Estes vírus atacam as células de defesa do corpo humano, podendo levar as pessoas a ter doenças sérias e sem cura.

Sua participação é livre e você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, especialmente no acompanhamento que vem recebendo aqui nesta instituição. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome e o que for discutido durante os encontros será mantido em segredo.

Considero que a pesquisa não confere risco para a senhora, no que diz respeito à sua integridade física e moral. No entanto, se a senhora durante a coleta de informações sentir desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, poderá desistir de participar da pesquisa e, eu imediatamente acatarei a sua decisão. Ao mesmo

tempo em que, caso eu perceba tais desconfortos, também discutirei com a senhora sobre a sua saída da pesquisa, se assim for sua vontade e, caso haja algum prejuízo decorrente da realização deste estudo, será providenciada a devida reparação dos danos pelas responsáveis pela pesquisa.

Caso aceite participar desta pesquisa, solicitamos ainda, a autorização da senhora para usar o gravador. Depois de analisados das informações, os resultados serão utilizados para a produção de artigos técnicos e científicos e para apresentação em congressos científicos. Também, solicitamos permissão para fotografar a criação proveniente da massa de modelar. A sua privacidade será mantida não só através da não identificação do seu nome, como a garantia de um espaço específico para realização da coleta de informações.

Agradecemos a participação e colaboração da senhora.

Doutoranda: Marizete Argolo Teixeira

Orientadora: Dra. Mirian Santos Paiva

Qualquer esclarecimento procurar a doutoranda Marizete Argolo Teixeira, Coren/Ba: 60.750. Endereço: Escola de Enfermagem da UFBA. Rua Augusto Viana, s/n. Vale do Canela, 7º andar. Salvador/Ba. Tel: 3283-7631.

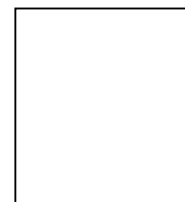
Termo de Consentimento

Declaro que fui informada sobre todos os procedimentos da pesquisa, recebi de forma clara e objetiva todas as explicações sobre a mesma e, de que todas as informações a meu respeito serão sigilosas. Estou ciente de que não serei exposta a riscos físicos ou morais e que caso sinta desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, poderei a qualquer momento interromper minha participação no estudo, sem nenhum prejuízo para mim. Assim como, estou certa de que não haverá nenhum prejuízo no acompanhamento que venho recebendo nesta instituição. Fui informada que não terei nenhum tipo de despesas nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta pesquisa e terei a garantia de esclarecimentos antes, durante e após a realização da mesma.

Assim sendo, autorizo a utilização e divulgação das informações colhidas na minha participação nesta pesquisa. Diante do exposto, concordo voluntariamente em participar da referida pesquisa.

Nome por extenso: _____

Assinatura: _____



Impressão Digital

Salvador, ___ / ___ / ___

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE DOUTORADO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Meu nome é **Marizete Argolo Teixeira**, sou aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e estou realizando uma pesquisa intitulada: **SOROPOSITIVIDADE DE MULHERES PARA O HIV E HTLV: SIGNIFICADOS DO CONTÁGIO DO LEITE MATERNO**, tendo como orientadora a Prof^ª Dr^ª Mirian Santos Paiva. A referida pesquisa tem com objetivos: Aprender as representações sociais de mulheres soronegativas e soropositivas para os vírus HIV/aids e HTLV em relação ao leite materno contaminado por estes vírus; Analisar as implicações destas representações na impossibilidade das mulheres de amamentar seus filhos. Identificar reações de cada mulher soronegativa e soropositiva para os vírus HIV/aids e HTLV-I frente ao contágio do leite materno por estes vírus.

A coleta de informações será feita mediante a realização de um experimento, semelhante a uma pequena dramatização, seguido de uma entrevista. Esta pesquisa poderá ser importante para as mulheres, para a população em geral e para os profissionais de saúde, o que possibilitará um repensar nas políticas públicas e nos formas de cuidar que possam ajudar as mulheres que não podem amamentarem seus filhos por serem portadoras dos vírus HIV/aids e HTLV. Estes vírus atacam as células de defesa do corpo humano, podendo levar as pessoas a ter doenças sérias e incuráveis.

Sua participação é livre e você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, especialmente no acompanhamento que vem recebendo aqui nesta instituição. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome e o que for discutido durante os encontros será mantido em segredo.

Considero que a pesquisa não confere risco para a senhora, no que diz respeito à sua integridade física e moral. No entanto, se a senhora durante a coleta de informações sentir desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, poderá desistir de participar da pesquisa e, eu imediatamente acatarei a sua decisão. Ao mesmo

tempo em que, caso eu perceba tais desconfortos, também discutirei com a senhora sobre sua saída da pesquisa, se assim for sua vontade e, caso haja algum prejuízo decorrente da realização deste estudo, será providenciada a devida reparação dos danos pelas responsáveis pela pesquisa.

Caso aceite participar desta pesquisa, solicitamos ainda, a autorização da senhora para usar o gravador. Depois de analisados as informações, os resultados serão utilizados para a produção de artigos técnicos e científicos e para apresentação em congressos científicos. A sua privacidade será mantida não só através da não identificação do seu nome, como a garantia de um espaço específico para a realização da coleta de informações.

Agradecemos a participação e colaboração da senhora.

Doutoranda: Marizete Argolo Teixeira

Orientadora: Dra. Mirian Santos Paiva

Qualquer esclarecimento procurar a doutoranda Marizete Argolo Teixeira, Coren/Ba: 60.750. Endereço: Escola de Enfermagem da UFBA. Rua Augusto Viana, s/n. Vale do Canela, 7º andar. Salvador/Ba. Tel: 3283-7631.

Termo de Consentimento

Declaro que fui informada sobre todos os procedimentos da pesquisa, recebi de forma clara e objetiva todas as explicações sobre a mesma e, de que todas as informações a meu respeito serão sigilosas. Estou ciente de que não serei exposta a riscos físicos ou morais e que caso sinta desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, poderei a qualquer momento interromper minha participação no estudo, sem nenhum prejuízo para mim. Assim como, estou certa de que não haverá nenhum prejuízo no acompanhamento que venho recebendo nesta instituição. Fui informada que não terei nenhum tipo de despesas nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta pesquisa e terei a garantia de esclarecimentos antes, durante e após a realização da mesma. Assim sendo, autorizo a utilização e divulgação das informações da minha participação nesta pesquisa. Diante do exposto, concordo voluntariamente em participar da referida pesquisa.

Nome por extenso: _____

Assinatura: _____



Impressão digital

Salvador, ___/___/___

APÊNDICE C: FOLHA DE RESPOSTA PARA O TALP**FOLHA DE RESPOSTA PARA O TALP**

1 - Diga-me cinco palavras que vem a sua mente quando eu lhe digo: **LEITE MATERNO** .

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

2 - Diga-me cinco palavras que vem a sua mente quando eu lhe digo: **AMAMENTAÇÃO**

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

3 - Diga-me cinco palavras que vem a sua mente quando eu lhe digo: **NÃO AMAMENTAÇÃO**

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

4 - Diga-me cinco palavras que vem a sua mente quando eu lhe digo: **HIV**.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

5 - Diga-me cinco palavras que vem a sua mente quando eu lhe digo: **AIDS**

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

6 - Diga-me cinco palavras que vem a sua mente quando eu lhe digo: **HTLV**.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

7 - Diga-me cinco palavras que vem a sua mente quando eu lhe digo: **CONTÁGIO DO LEITE MATERNO**.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

APÊNDICE D: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM MULHERES SORONEGATIVAS**MULHERES SORONEGATIVAS**

1 – Fale para mim os motivos de você ter escolhido esta mamadeira.

2 – O que significa este leite materno contaminado?

3 – O que você sentiu quando encontrou as mamadeiras com os rótulos e a boneca? Ou o que você sentiu quando me viu colocando a boneca e as mamadeiras com rótulos na mesa?

4 – Informações Sócio-demográficas

Nome fictício: _____

Idade: _____ Estado civil: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Raça: _____ Religião: _____ Renda familiar: _____

Condição de soropositividade _____

5 – Informações comportamentais

Idade coitarca: _____ N. parceiros sexuais: _____ Relação anal: _____ Uso preservativo: _____

Trans. Sangue: _____ IST: _____ Uso de drogas injetáveis: _____

6 – Informações sobre a vida reprodutiva

Gravidez: _____ Abortos: _____

Partos: _____ N. de filhos: _____

7 – Informações sobre amamentação

7.1 Foi amamentada? _____

7.2 - Amamentou todos os filhos?

() Sim () Não

Se Sim: Por quanto tempo? _____

Se Não: Por que? _____

7.3 - Quando amamentava a senhora sentia:

Nunca (1) Nenhuma vez	Poucas vezes (2) Raramente	Algumas vzs (3) Às vezes	Muitas vezes (4) Maioria	Sempre (5) Todas as vezes
-----------------------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

01. _____ Satisfação

02. _____ Prazer

03. _____ Realização

04. _____ Alegria

05. _____ Sofrimento

06. _____ Dor

07. _____ Outros _____

7.4 – A senhora optou pela amamentação por que:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Desejava amamentar
02. ___ Melhor para a criança
03. ___ As pessoas diziam que era bom dar de mamar
04. ___ Os profissionais de saúde orientavam
05. ___ É bom para mulher
06. ___ Toda mulher deve amamentar
07. ___ Se não amamentasse me sentiria menos mulher
08. ___ Mãe/sogra

8 – Informações sobre o vírus HIV/aids.

8.1 – A senhora já ouviu falar sobre HIV/aids?

- Sim Não Não sei

8.2 - Quando a senhora ouviu falar pela primeira vez sobre HIV/aids?

- Na infância Na adolescência Na idade adulta
 Na gravidez No parto No puerpério

8.3 - Quem lhe falou sobre o HIV/aids?

- Familiares. Quem dos familiares? _____
 Professor
 Amigo
 Profissional de saúde. Qual profissional de saúde? _____
Qual serviço de saúde? _____
 Outro _____

8.4 - O vírus HIV/aids pega por:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Contato sexual
02. ___ Transmissão mãe filho
03. ___ Sangue contaminado
04. ___ Leite materno
05. ___ Compartilhando agulha contaminada
06. ___ Beijando
07. ___ Pegando na mão
08. ___ Dando um abraço
09. ___ Sentado no mesmo lugar
10. ___ Comendo no mesmo prato e com os mesmos talheres
11. ___ Sexo oral
12. ___ Transfusão

13. ___ Mosquito

14. ___ saliva

8.5 – A senhora sabe como se previne contra HIV/aids?

() Sim () Não () Não sei

8.6 – A senhora se previne contra HIV/aids?

Nunca (1) Nenhuma vez	Poucas vezes (2) Raramente	Algumas vzs (3) Às vezes	Muitas vezes (4) Maioria	Sempre (5) Todas as vezes
-----------------------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Como a senhora se previne? _____

9 – Informações sobre o vírus HTLV.

9.1 – A senhora já ouviu falar sobre HTLV?

() Sim () Não () Não sei

9.2 - Quando a senhora ouviu falar pela primeira vez sobre HTLV ?

() Na infância () Na adolescência () Na idade adulta

() Na gravidez () No parto () No puerperio

9.3 - Quem lhe falou sobre o HTLV?

() Familiares. Quem dos familiares? _____

() Professor

() Amigo

() Profissional de saúde. Qual profissional de saúde? _____

Qual serviço de saúde? _____

() Outro _____

9.4 - O vírus HTLV se pega por:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
-------------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	-------------------------------

01. ___ Contato sexual

02. ___ Transmissão mãe filho

03. ___ Sangue contaminado

04. ___ Leite materno

05. ___ Compartilhando agulha contaminada

06. ___ Beijando

07. ___ Pegando na mão

08. ___ Dando um abraço

09. ___ Sentado no mesmo lugar

10. ___ Comendo no mesmo prato e com os mesmos talheres

11. ___ Sexo oral

12. ___ Transfusão

13. ___ Mosquito

14. ___ saliva

9.5 – A senhora sabe como se previne contra HTLV?

Sim Não Não sei

9.6 – A senhora se previne contra HTLV?

Nunca (1) Nenhuma vez	Poucas vezes (2) Raramente	Algumas vzs (3) Às vezes	Muitas vezes (4) Maioria	Sempre (5) Todas as vezes
-----------------------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Como a senhora se previne? _____

10 – Informações sobre a amamentação e soropositividade

10.1 – A senhora sabe que se pega HIV/aids pelo leite materno?

Sim Não Não sei

10.2 – A senhora sabe que se pega HTLV pelo leite materno?

Sim Não Não sei

10.3 - O que a senhora pensa sobre o seu leite?

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
-------------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	-------------------------------

01. ___ Normal

02. ___ Bom

03. ___ Envenenado

04. ___ Contaminado

05. ___ Presta

06. ___ Outros _____

10.4 - E se seu leite fosse contaminado pelos Vírus HIV/aids e/ou HTLV? A senhora penaria que seu leite seria:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
-------------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	-------------------------------

01. ___ Normal

02. ___ Bom

03. ___ Envenenado

04. ___ Contaminado

05. ___ Presta

06. ___ Outros _____

10.5 – Se a senhora não pudesse amamentar seu filho se sentiria:

Nunca (1) Nenhuma vez	Poucas vezes (2) Raramente	Algumas vzs (3) Às vezes	Muitas vezes (4) Maioria	Sempre (5) Todas as vezes
-----------------------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

01. ___ Triste
 02. ___ Com medo
 03. ___ Culpa
 04. ___ Incerteza
 05. ___ Angustia
 06. ___ Alivio
 07. ___ Outros: _____

10.6 - Caso a senhora não pudesse amamentar seu filho com seu leite porque ele estava contaminado pelos vírus HIV/aids ou HTLV, a senhora se sentiria:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Inútil
 02. ___ Menos mulher
 03. ___ Culpada
 04. ___ Triste
 05. ___ Aliviada
 06. ___ Bem
 07. ___ Não sente nada
 08. ___ Feliz porque não vai passar o vírus para meu filho
 09. ___ Outros. Quais? _____

10.7 - O que a senhora diria para as pessoas quando lhe perguntassem por que a senhora não estava amamentando, se por acaso fosse portadora dos vírus HIV ou HTLV?

- () Não quero
 () Não posso
 () Não tenho leite
 () Meu leite secou
 () Meu leite é pouco
 () Estou tomando remédio
 () Outras respostas. Quais? _____

**APÊNDICE E: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM MULHERES SOROPOSITIVAS
PARA O HIV/AIDS**

PARA MULHERES SOROPOSITIVAS PARA O HIV/AIDS

1 – Fale para mim os motivos de você ter escolhido esta mamadeira.

2 – O que significa este leite materno contaminado?

3 – O que você sentiu quando encontrou as mamadeiras com os rótulos e a boneca? Ou o que você sentiu quando me viu colocando a boneca e as mamadeiras com o rótulo na mesa?

4 – Informações Sócio-demográficas

Nome fictício: _____
 Idade: _____ Estado civil: _____
 Escolaridade: _____ Profissão: _____
 Raça: _____ Religião: _____ Renda familiar: _____
 Condição de soropositividade _____
 Tempo de soropositividade _____

5 – Informações comportamentais

Idade coitarca: _____ N. parceiros sexuais: _____ Relação anal: _____ Uso preservativo: _____
 Trans. Sangue: _____ IST: _____ Uso de drogas injetáveis: _____

6 – Informações sobre a vida reprodutiva

Gravidez: _____ Abortos: _____
 Número de gestações após a soropositividade _____
 Partos: _____ N. de filhos: _____

7 – Informações sobre amamentação

7.1 – Foi amamentada? _____

7.2 – Amamentou todos os filhos? _____

() Sim () Não

Se Sim: Por quanto tempo? _____

Se Não: Por que? _____

7.3 - Quando amamentava a senhora sentia:

Nunca (1) Nenhuma vez	Poucas vezes (2) Raramente	Algumas vezes (3) Às vezes	Muitas vezes (4) Maioria	Sempre (5) Todas as vezes
-----------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

01. _____ Satisfação

02. _____ Prazer

03. _____ Realização

04. _____ Alegria

05. ___ Sofrimento

06. ___ Dor

07. ___ Outros _____

7.4 – A senhora optou pela amamentação por que:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Desejava amamentar

02. ___ Melhor para a criança

03. ___ As pessoas diziam que era bom dar de mamar

04. ___ Os profissionais de saúde orientavam

05. ___ É bom para mulher

06. ___ Toda mulher deve amamentar

07. ___ Se não amamentasse me sentiria menos mulher

08. ___ Mãe/sogra

8 – Informações sobre o vírus HIV/aids

8.1 – A senhora já ouviu falar sobre HIV/aids?

 Sim Não Não sei

8.2 - Quando a senhora ouviu falar pela primeira vez sobre HIV/aids?

 Na infância Na adolescência Na idade adulta Na gravidez No parto No puerpério

8.3 - Quem lhe falou sobre o HIV/aids?

 Familiares. Quem dos familiares? _____ Professor Amigo Profissional de saúde. Qual profissional de saúde? _____

Qual serviço de saúde? _____

 Outro _____

8.4 - O vírus HIV/aids pega por:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Contato sexual

02. ___ Transmissão mãe filho

03. ___ Sangue contaminado

04. ___ Leite materno

05. ___ Compartilhando agulha contaminada

06. ___ Beijando

07. ___ Pegando na mão

08. ___ Dando um abraço

09. ___ Sentado no mesmo lugar
 10. ___ Comendo no mesmo prato e com os mesmos talheres
 11. ___ Sexo oral
 12. ___ Transfusão
 13. ___ Mosquito
 14. ___ saliva

8.5 – A senhora sabe como se previne contra HIV/aids?

- Sim Não Não sei

8.6 – A senhora se previne contra HIV/aids?

Nunca (1)	Poucas vezes (2)	Algumas vzs (3)	Muitas vezes (4)	Sempre (5)
Nenhuma vez	Raramente	Às vezes	Maioria	Todas as vezes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Como a senhora se previne? _____

8.7 - Quando soube que era soropositiva?

- Ao fez exames de rotina
 No pré-natal
 No parto
 No puerpério
 Após o diagnóstico de seu companheiro

8.8 - Quem lhe disse que a senhora era soropositiva?

- Familiar
 Amigo
 Profissional de saúde
 outros quem? _____

8.9 - Como a senhora se contaminou com o vírus HIV/aids?

- Relação sexual
 Agulha contaminada
 Transfusão de sangue
 Transmissão vertical
 Não sei

8.10 - Há quanto tempo sabe que é soropositiva? _____

8.11 – A senhora se prevenia contra HIV/aids?

Nunca (1)	Poucas vezes (2)	Algumas vezes (3)	Muitas vezes (4)	Sempre (5)
Nenhuma vez	Raramente	Às vezes	Maioria	Todas as vezes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Como a senhora se prevenia? _____

8.12 - Uma mulher quando fica sabendo que é portadora do vírus HIV/aids sente:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Desespero
 02. ___ Medo
 03. ___ Vontade de morrer
 04. ___ Não acredita
 05. ___ Angústia
 06. ___ Tristeza
 07. ___ Outro _____

9 – Informações sobre HTLV.

9.1 – A senhora já ouviu falar sobre HTLV?

- () Sim () Não () Não sei

9.2 - Quando a senhora ouviu falar pela primeira vez sobre HTLV ?

- () Na infância () Na adolescência () Na idade adulta
 () Na gravidez () No parto () No puerpério

9.3 - Quem lhe falou sobre o HTLV?

- () Familiares. Quem dos familiares? _____
 () Professor
 () Amigo
 () Profissional de saúde. Qual profissional de saúde? _____
 Qual serviço de saúde? _____
 () Outro _____

9.4 - O vírus HTLV se pega por:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Contato sexual
 02. ___ Transmissão mãe filho
 03. ___ Sangue contaminado
 04. ___ Leite materno
 05. ___ Compartilhando agulha contaminada
 06. ___ Beijando
 07. ___ Pegando na mão
 08. ___ Dando um abraço
 09. ___ Sentado no mesmo lugar
 10. ___ Comendo no mesmo prato e com os mesmos talheres
 11. ___ Sexo oral
 12. ___ Transfusão
 13. ___ Mosquito
 14. ___ saliva

9.5 – A senhora sabe como se previne contra HTLV?

Sim Não Não sei

9.6 – A senhora se previne contra HTLV?

Nunca (1) Nenhuma vez ()	Poucas vezes (2) Raramente ()	Algumas vezes (3) Às vezes ()	Muitas vezes (4) Maioria ()	Sempre (5) Todas as vezes ()
------------------------------------	---	---	---------------------------------------	--

Como a senhora se previne? _____

9.7 - Uma mulher quando fica sabendo que é portadora do vírus HTLV sente:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Desespero

02. ___ Medo

03. ___ Vontade de morrer

04. ___ Não acredita

05. ___ Angústia

06. ___ Tristeza

07. ___ Outro _____

10 – Informações sobre a amamentação e soropositividade

10.1 - O HIV/aids é transmitido pelo leite materno.

Discordo totalmente (1) ()	Discordo (2) ()	Nem discordo nem concordo (3) ()	Concordo (4) ()	Concordo totalmente (5) ()
-----------------------------------	------------------------	---	------------------------	-----------------------------------

10.2 - Quando lhe disseram que não podia amamentar?

No pré-natal

No parto

No puerpério

10.3 - Quem lhe disse que não podia amamentar

Familiar. Qual familiar? _____

Amigo

Profissional de saúde. Qual profissional de saúde? _____

Outros _____

10.4 - O que a senhora sentiu ao saber que não poderia amamentar seu filho?

Tristeza

Medo

Culpa

Incerteza

Raiva

Alívio

Outros: _____

10.5 - O leite das mulheres portadoras do vírus HIV é:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Normal

02. ___ Bom

03. ___ Envenenado

04. ___ Contaminado

05. ___ Presta

06. ___ Outros _____

10.6 - Quando lhe perguntaram por que a senhora não amamentava o que você respondia?

Não quero

Não posso

Não tenho leite

Meu leite secou

Estou tomando remédio

Tenho pouco leite

Outras respostas. Quais? _____

10.7 - Como a senhora alimentou seu filho?

Deu para outra mulher amamentar

Deu leite artificial

Deu suco

Deu mingau

Deu leite de vaca

Outros alimentos. Quais? _____

10.8 - Recebeu ajuda para alimentar seu filho?

Sim Não

Se sim. De quem? _____ Por quanto tempo? _____

10.9 - A senhora recebeu acompanhamento médico?

Sim Não

Se sim. De quem? _____ Onde? _____

10.10 - E seu filho recebeu acompanhamento médico?

Sim Não

Se sim. De quem? _____ Onde? _____

10.11 – A senhora acha que com o passar do tempo a mulher que não pôde amamentar seu filho com seu leite, porque ele estava contaminado pelo vírus HIV ou HTLV sente-se:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Inútil
02. ___ Menos mulher
03. ___ Culpada
04. ___ Triste
05. ___ Aliviada
06. ___ Bem
07. ___ Não sente nada
08. ___ Feliz porque não vai passar o vírus para meu filho
09. ___ Outros. Quais? _____

**APÊNDICE F - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM MULHERES SOROPOSITIVAS
PARA O HTLV**

PARA MULHERES SOROPOSITIVAS PARA O HTLV

1 – Fale para mim os motivos de você ter escolhido esta mamadeira.

2 – O que significa este leite materno contaminado?

3 – O que você sentiu quando encontrou as mamadeiras com os rótulos e a boneca? Ou o que você sentiu quando me viu colocando a boneca e as mamadeiras com o rótulo na mesa?

4 – Informações Gerais

Nome fictício: _____
 Idade: _____ Estado civil: _____
 Escolaridade: _____ Profissão: _____
 Raça: _____ Religião: _____ Renda familiar: _____
 Condição de soropositividade _____
 Tempo de soropositividade _____

5 – Informações comportamentais

Idade coitarca: _____ N. parceiros sexuais: _____ Relação anal: _____ Uso preservativo: _____
 Trans. Sangue: _____ IST: _____ Uso de drogas injetáveis: _____

6 – Informações sobre a vida reprodutiva

Gravidez: _____ Abortos: _____
 Número de gestações após a soropositividade _____
 Partos: _____ N. de filhos: _____

7 – Informações sobre amamentação

7.1 – Foi amamentada? _____

7.2 - Amamentou todos os filhos?

() Sim () Não

Se Sim: Por quanto tempo? _____

Se Não: Por que? _____

7.3 - Quando amamentava a senhora sentia:

Nunca (1) Nenhuma vez	Poucas vezes (2) Raramente	Algumas vzs (3) Às vezes	Muitas vezes (4) Maioria	Sempre (5) Todas as vezes
-----------------------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

01. ___ Satisfação
 02. ___ Prazer
 03. ___ Realização
 04. ___ Alegria
 05. ___ Sofrimento
 06. ___ Dor
 07. ___ Outros _____

7.4 – A senhora optou pela amamentação por que:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Desejava amamentar
 02. ___ Melhor para a criança
 03. ___ As pessoas diziam que era bom dar de mamar
 04. ___ Os profissionais de saúde orientavam
 05. ___ É bom para mulher
 06. ___ Toda mulher deve amamentar
 07. ___ Se não amamentasse me sentiria menos mulher
 08. ___ Mãe/sogra

8 – Informações sobre o vírus HIV/aids.

8.1 - A senhora já ouviu falar sobre HIV/aids?

- () Sim () Não () Não sei

8.2 - Quando a senhora ouviu falar pela primeira vez sobre HIV/aids?

- () Na infância () Na adolescência () Na idade adulta
 () Na gravidez () No parto () No puerpério

8.3 - Quem lhe falou sobre o HIV/aids?

- () Familiares. Quem dos familiares? _____
 () Professor
 () Amigo
 () Profissional de saúde. Qual profissional de saúde? _____
 Qual serviço de saúde? _____
 () Outro _____

8.4 - O vírus HIV/aids pega por:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Contato sexual
 02. ___ Transmissão mãe filho
 03. ___ Sangue contaminado
 04. ___ Leite materno

05. ___ Compartilhando agulha contaminada
 06. ___ Beijando
 07. ___ Pegando na mão
 08. ___ Dando um abraço
 09. ___ Sentado no mesmo lugar
 10. ___ Comendo no mesmo prato e com os mesmos talheres
 11. ___ Sexo oral
 12. ___ Transfusão
 13. ___ Mosquito
 14. ___ saliva

8.5 – A senhora sabe como se previne contra HIV/aids?

() Sim () Não () Não sei

8.6 – A senhora se previne contra HIV/aids?

Nunca (1)	Poucas vezes (2)	Algumas vezes (3)	Muitas vezes (4)	Sempre (5)
Nenhuma vez ()	Raramente ()	Às vezes ()	Maioria ()	Todas as vezes ()

Como a senhora se previne? _____

8.7 - Uma mulher quando fica sabendo que é portadora do vírus HIV/aids sente:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Desespero
 02. ___ Medo
 03. ___ Vontade de morrer
 04. ___ Não acredita
 05. ___ Angústia
 06. ___ Tristeza
 07. ___ Outro _____

9 – Informações sobre o vírus HTLV.

9.1 – A senhora já ouviu falar sobre HTLV?

() Sim () Não () Não sei

9.2 - Quando a senhora ouviu falar pela primeira vez sobre HTLV ?

() Na infância () Na adolescência () Na idade adulta
 () Na gravidez () No parto () No puerpério

9.3 - Quem lhe falou sobre o HTLV?

() Familiares. Quem dos familiares? _____
 () Professor
 () Amigo

- () Profissional de saúde. Qual profissional de saúde? _____
 Qual serviço de saúde? _____
 () Outro _____

9.4 - O vírus HTLV se pega por:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Contato sexual
 02. ___ Transmissão mãe filho
 03. ___ Sangue contaminado
 04. ___ Leite materno
 05. ___ Compartilhando agulha contaminada
 06. ___ Beijando
 07. ___ Pegando na mão
 08. ___ Dando um abraço
 09. ___ Sentado no mesmo lugar
 10. ___ Comendo no mesmo prato e com os mesmos talheres
 11. ___ Sexo oral
 12. ___ Transfusão
 13. ___ Mosquito
 14. ___ saliva

9.5 - A senhora sabe como se previne contra HTLV?

- () Sim () Não () Não sei

9.6 – A senhora se previne contra HTLV?

Nunca (1)	Poucas vezes (2)	Algumas vezes (3)	Muitas vezes (4)	Sempre (5)
Nenhuma vez ()	Raramente ()	Às vezes ()	Maioria ()	Todas as vezes ()

Como a senhora se previne? _____

9.7 - Quando soube que era soropositiva?

- () Quando fez exames de rotina
 () No pré-natal
 () No parto
 () No puerpério
 () Após o diagnóstico de seu companheiro

9.8 - Quem lhe disse que era soropositiva?

- () Familiar
 () Amigo
 () Profissional de saúde

9.9 - Como a senhora se contaminou com o vírus?

- () Relação sexual
 () Agulha contaminada
 () Transfusão de sangue
 () Transmissão vertical
 () Não sei

9.10 - Há quanto tempo sabe que é soropositiva? _____

9.11 – A senhora se prevenia contra o HTLV?

Nunca (1) Nenhuma vez ()	Poucas vezes (2) Raramente ()	Algumas vezes (3) Às vezes ()	Muitas vezes (4) Maioria ()	Sempre (5) Todas as vezes ()
------------------------------------	---	---	---------------------------------------	--

Como a senhora se prevenia? _____

9.12 - Uma mulher quando fica sabendo que é portadora do vírus HTLV sente:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Desespero
 02. ___ Medo
 03. ___ Vontade de morrer
 04. ___ Não acredita
 05. ___ Angústia
 06. ___ Tristeza
 07. ___ Outro _____

10 – Informações sobre a amamentação e soropositividade

10.1 – O HTLV é transmitido pelo leite materno.

Discordo totalmente (1) ()	Discordo (2) ()	Nem discordo nem concordo (3) ()	Concordo (4) ()	Concordo totalmente (5) ()
-----------------------------------	------------------------	---	------------------------	-----------------------------------

10.2 - Quando lhe disseram que não podia amamentar?

- () No pré-natal
 () No parto
 () No puerpério

10.3 - Quem lhe disse que não podia amamentar

- () Familiar. Qual familiar? _____
 () Amigo
 () Profissional de saúde. Qual profissional de saúde? _____
 () Outros. Quem? _____

10.4 - Como a senhora se sentiu ao saber que não poderia amamentar seu filho?

Tristeza

Medo

Culpa

Incerteza

Outros: _____

10.5 - O leite das mulheres portadoras do vírus HTLV é:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Normal

02. ___ Bom

03. ___ Envenenado

04. ___ Contaminado

05. ___ Presta

06. ___ Outros _____

10.6 - Quando lhe perguntaram por que a senhora não amamentava o que você respondia?

Não quero

Não posso

Não tenho leite

Meu leite secou

Estou tomando remédio

Tenho pouco leite

Outras respostas. Quais? _____

10.7 - Como a senhora alimentou seu filho?

Deu para outra mulher amamentar

Deu leite artificial

Deu suco

Deu mingau

Deu leite de vaca

Outros alimentos. Quais? _____

10.8 - Recebeu ajuda para alimentar seu filho?

Sim Não

Se sim. De quem? _____ Por quanto tempo? _____

10.9 - A senhora recebeu acompanhamento médico?

Sim Não

Se sim. De quem? _____ Onde? _____

10.10 - E seu filho recebeu acompanhamento médico?

Sim Não

Se sim. De quem? _____ Onde? _____

10.11 – A senhora acha que com o passar do tempo a mulher que não pôde amamentar seu filho com seu leite, porque ele estava contaminado pelo vírus HIV ou HTLV sente-se:

Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
----------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------------------------

01. ___ Inútil
02. ___ Menos mulher
03. ___ Culpada
04. ___ Triste
05. ___ Aliviada
06. ___ Bem
07. ___ Não sente nada
08. ___ Feliz porque não vai passar o vírus para meu filho
09. ___ Outros. Quais? _____

ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP**

PARECER

Temos satisfação de comunicar que o seu projeto de Pesquisa abaixo especificado foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, na Reunião Extraordinária realizada em 15 de maio de 2008, na sala do CEPEE.UFBA, situado no 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Informamos que o Parecer do relator sobre Protocolo de nº001 /2008 foi APROVADO pelo Plenário do referido CEP.

Titulo do Projeto: "Soropositividade de mulheres para o HIV e HTLV: significados do contágio do leite materno"

Pesquisadoras Responsáveis Dda. Marizete Argolo Teixeira e Doutora Mirian Santos Paiva

Data da apreciação do CEPEE/UFBA, 15 de maio de 2008.

PARECER As Autoras deverão apresentar o Relatório Final após a conclusão da pesquisa à Coordenação do CEP em atendimento ao disposto na Resolução 196/96..

Salvador, 19 de maio de 2008.

Darci de Oliveira Santa Rosa
Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
COREN-BA 10111.

ANEXO B: IMP DICIONÁRIO TRI-DEUX-MOTS

TRI-DEUX Version 2.2
 IMPortation des MOTs d'un fichier de questions ouvertes
 ou de mots associ,s ... un stimulus - janvier 1995
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
 12 rue Cujas - 75005 PARIS
 Programme IMPMOT

Le fichier de sortie mots courts tri,s est mari.DAT
 et servira d'entr,e pour TABMOT
 Le fichier de position en sortie sera mari.POS
 et servira d'entr,e pour TABMOT
 Le fichier d'impression est mari.IMP
 Position de fin des caract,ristiques 3
 Nombre de lignes maximum par individu 4

Le stimulus est en fin de mot et sera report,
 en fin de caract,ristiques ... la position 4
 il sera laiss, en fin de mot
 Nombre de lignes lues en entr,e 120
 Nombre de mots ,crits en sortie 2206
 Nombre de mots de longueur sup,rieure ... 10 = 0
 seuls les 10 premiers sont ,t, imprim,s
 D,coupage en mots termin,
 Tri termin,

Les mots sont mis en 4 caractŠres

Impression de la liste des mots

aband3	aban	1	admir2	admi	1	aids4	aids	2	aids6	aid1	3
aime1	aime	1	alegr1	aleg	2	alegr2	ale1	6	alegri2	ale2	1
alima2	alim	1	alime1	ali1	27	alime2	ali2	18	amam1	amam	28
amam2	amal	10	amam3	ama2	2	amam7	ama3	1	ameac4	amea	1
ameac5	ame1	1	ameac6	ame2	1	amor1	amor	24	amor2	amol	32
anali6	anal	1	angus4	angu	3	angus5	ang1	1	ansiol	ansi	1
ansio2	ans1	1	apavo6	apav	5	apoi5	apoi	1	apoi7	apol	1
apren4	apre	1	arras4	arra	1	arras5	arr1	1	arrep4	arr2	2
assus4	assu	1	assus5	ass1	1	assus6	ass2	1	aturi6	atur	1
bacte4	bact	1	bebel	bebe	12	bebe2	beb1	1	bebe3	beb2	1
bom1	bom1	26	bom2	bom1	17	bom3	bom2	2	bonit1	boni	1
bonit2	bon1	11	cacab5	caca	1	camis4	cami	8	camis5	cam1	3
camis6	cam2	4	capa2	capa	1	carin1	cari	17	carin2	car1	30
certo3	cert	1	compr2	comp	1	compr4	com1	1	comum7	com2	1
confi4	conf	1	confi5	con1	1	confi6	con2	1	conhe2	con3	1
conpa1	con4	5	conpa2	con5	1	conpr2	con6	2	conqi2	con7	1
conqi5	con8	1	consc2	con9	1	consc4	on10	1	contal	on11	5
conta2	on12	15	contol	on13	1	conto7	on14	27	corag6	cora	1
crescl	cres	4	criat2	cria	1	crime3	cri1	1	cruel3	crue	2
cuida2	cuid	1	cuida4	cui1	18	cuida5	cui2	10	cuida6	cui3	1
cuido	cui4	1	cuido1	cui5	7	cuido2	cui6	14	cuido4	cui7	2
cuido5	cui8	1	cuido6	cui9	2	cumpl1	cump	1	cumpl2	cum1	1
curio6	curi	1	decep4	dece	2	decep5	dec1	2	depre3	depr	2
depre5	depl	2	depre6	dep2	2	depsi3	dep3	1	desaf5	desa	1
descb2	des1	1	desco4	des2	1	desco6	des3	4	descu3	des4	3
descu4	des5	13	descu5	des6	7	descu6	des7	2	descu7	des8	11
desen1	des9	6	desen2	es10	1	desept3	es11	3	desept4	es12	1
deses4	es13	1	desp3	es14	2	desum3	es15	1	deuli7	deul	1
deus4	deul	6	deus5	deu2	2	devam1	deva	10	devam2	dev1	18
devam3	dev2	1	dexan6	dexa	1	difit2	difi	1	dihiv5	dih1	5
dihiv6	dih1	1	dinpa1	dinp	8	dinpa2	din1	16	dinpa3	din2	31
discr5	disc	6	discr6	dis1	4	dmora5	dmor	1	doenc3	doen	21
doenc4	doe1	39	doenc5	doe2	33	doenc6	doe3	24	doenc7	doe4	8
dor1	dor1	1	dor2	dor1	2	dqsaul	dqsa	1	duvid7	duvi	3
egois3	egoi	9	emagr4	emag	1	emagr5	ema1	2	enfre5	enfr	1
enrea6	enre	1	epior4	epio	2	errad3	erra	6	esper5	espe	1
esper6	espl	1	evido1	evid	28	evido2	evil	13	exclu3	excl	1

falat5	fala	1	famor3	famo	14	famor4	fam1	1	famor5	fam2	2
famor7	fam3	1	fcari3	fcar	8	fcomp3	fcom	1	fcons3	fc01	1
fcons4	fc02	1	fcont3	fco3	6	fconta3	fco4	1	fespe4	fesp	1
fespe5	fes1	1	fexam4	fexa	1	fexam6	fex1	6	finfo3	finf	2
finfo4	fin1	4	finfo5	fin2	2	finfo6	fin3	1	finfo7	fin4	2
fiobe3	fiob	1	fitem6	fite	1	forca4	forc	1	fortal	for1	1
fprot3	fpro	8	fprot7	fpr1	1	frape6	frap	1	fratel	fral	1
fvida3	fvid	1	gestal	gest	1	gratil	grat	1	harmol	harm	2
harmo2	har1	1	hiv5	hiv5	21	hiv6	hiv1	1	horri3	horr	4
horri4	hor1	46	horri5	hor2	35	horri6	hor3	13	horri7	hor4	9
hosdl3	hosd	1	ihtl4	iht1	1	imatu3	imat	1	impor1	impo	26
impor2	impl	12	imuni4	imun	1	incap3	inca	2	incen4	incl	1
indig6	indi	1	injus3	inju	1	insat3	insa	1	insat4	ins1	1
inseg3	ins2	1	inseg4	ins3	1	inseg5	ins4	1	inseg6	ins5	2
instm2	ins6	1	inter2	inte	1	irres3	irre	7	irres4	irr1	3
irres6	irr2	2	ladif7	ladi	1	lesal2	lesa	1	luta4	luta	1
maeqa7	maeq	5	maltc3	malt	1	maltr3	mall	1	maser6	mase	1
mconf4	mcon	2	mcont7	mco1	4	medic3	medi	1	medo3	med1	1
medo4	med2	8	medo5	med3	6	medo6	med4	9	medo7	med5	2
megos2	mego	2	morte3	mort	2	morte4	mor1	21	morte5	mor2	24
morte6	mor3	2	morte7	mor4	8	munav2	muna	1	nadaq3	nada	1
nalim2	nali	1	namal	nama	3	nama2	nam1	3	nama3	nam2	3
namual	nam3	1	nanal6	nana	1	naogol	naog	1	naogo2	nao1	2
naopa4	nao2	2	naopa6	nao3	1	naopa7	nao4	77	naoqa1	nao5	1
naoqa2	nao6	2	naoqa3	nao7	8	nageol	nage	1	nasmr5	nasm	1
natur1	natu	1	natur2	nat1	2	nbich3	nbic	1	ncura4	ncur	15
ncura5	ncul	7	ncura6	ncu2	4	ndoen6	ndoe	2	nega7	nega	1
netan1	neta	1	nexpe7	nexp	1	nfexa4	nfex	1	ngosi4	ngos	3
nmedo4	nmed	1	nmedo5	nme1	2	nmedo6	nme2	1	normal	norm	1
norma2	nor1	1	norma4	nor2	6	norma6	nor3	1	npand5	npan	1
nruim4	nrui	1	nsabi7	nsab	3	nsei4	nsei	4	nsei5	nsei	2
nsei6	nse2	60	nserv7	nse3	44	ntenh5	nten	3	ntenh6	ntel	1
ntris3	ntri	1	ntris4	ntr1	1	obsta4	obst	1	odio3	odio	1
ofrac5	ofra	1	opcao3	opca	2	orgul2	orgu	1	pacie2	paci	1
paids6	paid	1	paral6	para	1	perda7	perd	4	perig3	per1	2
perig4	per2	2	perig5	per3	5	perig6	per4	3	perig7	per5	6
persi2	per6	1	pervi6	per7	1	pecsol	pess	1	phiv6	phiv	1
phtl5	pht1	1	pinut7	pinu	1	pior5	pior	27	pior6	pio1	2
posdo1	posd	1	posub3	pos1	3	posub7	pos2	1	povnd5	povn	1
prazel	praz	3	praze2	pra1	22	prazer2	pra2	2	preco4	prec	10
preco5	pre1	11	preco6	pre2	1	precor5	pre3	1	preju3	pre4	4
preju4	pre5	3	preju5	pre6	1	preju6	pre7	1	preju7	pre8	10
preme2	pre9	1	preme3	rel0	1	preoc5	rel1	1	preoc6	rel2	3
preoc7	rel3	1	preve3	rel4	6	preve4	rel5	19	preve5	rel6	12
preve6	rel7	7	preve7	re18	22	probl3	prob	15	probl4	pro1	1
proli6	pro2	1	promi5	pro3	1	pront1	pro4	2	prova5	pro5	1
purez2	pure	1	purol	purl	2	quqsel	quqs	1	raiva6	raiv	1
rejei3	reje	8	rejei4	rej1	1	remos4	remo	1	respe4	resp	1
respo1	res1	1	respo2	res2	5	respo4	res3	1	revol4	revo	1
rigor5	rigo	1	rigor6	rig1	1	ruim2	ruim	11	ruim3	rui1	5
ruim4	rui2	9	ruim6	rui3	6	ruim7	rui4	34	sabli5	sabl	1
sacri2	sacr	1	samar4	sama	2	samig2	sam1	1	sangul	sang	1
santi2	san1	1	saud1	saud	1	saudel	saul	52	saude2	sau2	14
saude3	sau3	1	seama4	seam	1	secle3	secl	1	segur1	segu	4
segur2	seg1	3	sei6	sei6	1	seiol	sei1	1	sei02	sei2	1
semael	sema	4	semae2	sem1	8	serio4	seri	2	sesol2	seso	1
sigla5	sigl	1	sindr5	sind	1	sinfo4	sin1	1	snapsl	snap	1
sofri4	sofr	1	sofri5	sofl	6	sofri6	sof2	8	sofri7	sof3	19
sonpa2	sonp	1	sprec4	spre	1	ssint6	ssin	1	super4	supe	1
surpr6	surp	1	tcons6	tcon	1	tcura4	tcur	1	tcura6	tcu1	1
tediv6	tedi	1	temqa3	temq	19	tenho4	tenh	1	tenho5	ten1	1
trans4	tran	16	trans5	tra1	12	trans6	tra2	15	trans7	tra3	32
traum3	tra4	1	trist3	tris	28	trist4	tril	21	trist5	tri2	13
trist6	tri3	13	trist7	tri4	9	vence2	venc	1	vepod1	vepo	1
verg4	verg	1	vidal	vida	17	vida2	vid1	5	vida4	vid2	1
vidac4	vid3	1	vidac5	vid4	1	vipar6	vipa	1	virus4	viru	6
virus5	vir1	3	virus6	vir2	7	vital	vita	2	vorgal	vorg	1
vorga2	vor1	1	vorga7	vor2	1	vulca5	vulc	1			

Nombre de mots entr,s 2206
Nombre de mots diff,rents 419

Impression des tris ... plat

Question 015 Position 15 Code-max. 3
Tot. 1 2 3
2206 745 725 736
 100 33.8 32.9 33.4

Question 016 Position 16 Code-max. 2
Tot. 1 2
2206 1633 573
 100 74.0 26.0

Question 017 Position 17 Code-max. 2
Tot. 1 2
2206 1130 1076
 100 51.2 48.8

ANEXO C : AFC: ANALYSE DES CORRESPONDANCES

TRI-DEUX Version 2.2
 Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance - mars 1995
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
 12 rue Cujas - 75005 PARIS
 Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 81
 Le nombre total de colonnes du tableau est de 7
 Le nombre de lignes suppl,mentaires est de 0
 Le nombre de colonnes suppl,mentaires est de 0
 Le nombre de lignes actives est de 81
 Le nombre de colonnes actives est de 7

M,moire disponible avant dimensionnement 496974
 M,moire restante aprs dim. fichiers secondaires 493614
 M,moire restante aprs dim. fichier principal 491342

AFC : Analyse des correspondances

 Le phi-deux est de : 0.136956

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 4

Facteur 1
 Valeur propre = 0.082453
 Pourcentage du total = 60.2

Facteur 2
 Valeur propre = 0.033649
 Pourcentage du total = 24.6

Facteur 3
 Valeur propre = 0.015766
 Pourcentage du total = 11.5

Facteur 4
 Valeur propre = 0.005088
 Pourcentage du total = 3.7

Coordonn,es factorielles (F=) et contributions pour le facteur (CPF)
 Lignes du tableau

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF	
ali1	-116	3	251	32	14	0	76	19	alime1
ali2	233	7	367	45	13	0	-46	5	alime2
amam	44	0	53	1	-125	17	-10	0	amam1
amal	17	0	-137	3	168	11	53	3	amam2
amor	-11	0	103	5	-58	3	-80	19	amor1
amo1	-263	17	97	6	-48	3	-24	2	amor2
bebe	-334	10	200	9	-88	4	-89	12	bebe1
bom1	-0	0	-223	40	115	22	110	64	bom1
bon1	-11	0	206	9	-24	0	1	0	bonit2
cam1	395	9	254	10	254	21	139	19	camis4
cari	114	2	141	6	-65	3	-55	6	carin1
car1	-251	14	93	5	-58	4	25	2	carin2
on12	-147	2	-94	2	-70	3	-44	4	conta2
on14	-78	1	-199	20	81	7	-41	6	conto7
cui1	519	37	-28	0	149	16	-31	2	cuida4
cui2	483	18	219	9	-114	5	-101	13	cuida5
cui6	61	0	-161	7	70	3	-27	1	cuido2
des5	-24	0	108	3	-239	29	-0	0	descu4
des8	350	10	211	9	-17	0	-66	6	descu7
deva	39	0	-280	15	107	5	-59	4	devam1

dev1	417	24	163	9	33	1	3	0	devam2
dinp	2	0	-539	43	245	19	-211	44	dinpa1
din1	159	3	-651	126	13	0	-28	2	dinpa2
din2	-104	3	-393	89	-31	1	103	41	dinpa3
doen	-164	4	139	8	86	6	-22	1	doenc3
doe1	273	22	48	2	-24	1	-31	5	doenc4
doe2	104	3	0	0	-128	21	-16	1	doenc5
doe3	297	16	-67	2	-255	62	-7	0	doenc6
doe4	-188	2	-154	4	117	4	-143	20	doenc7
egoi	-584	23	-28	0	-87	3	-39	2	egois3
evid	192	8	13	0	-51	3	-104	38	evido1
evil	-60	0	9	0	-261	35	-4	0	evido2
famo	36	0	67	1	-201	22	122	26	famor3
fcari	-294	5	113	2	-71	2	11	0	fcari3
fpro	-88	0	-167	4	-58	1	177	31	fprot3
hiv5	-104	2	-2	0	-38	1	-6	0	hiv5
hor1	-15	0	-116	11	-125	28	51	15	horri4
hor2	-43	0	-8	0	-47	3	-10	0	horri5
hor3	-566	32	36	0	193	19	37	2	horri6
hor4	-475	15	-172	5	-23	0	32	1	horri7
impo	235	11	107	6	123	16	-1	0	impor1
imp1	250	6	-29	0	200	19	98	14	impor2
med2	-140	1	-128	2	-54	1	-271	72	medo4
med4	-770	40	132	3	-117	5	10	0	medo6
mor1	-248	10	157	10	-5	0	-51	7	morte4
mor2	-210	8	72	2	-9	0	-83	20	morte5
mor4	57	0	-24	0	-60	1	49	2	morte7
nao4	-61	2	13	0	62	12	54	28	naopa7
nao7	587	21	424	27	81	2	-117	14	naoqa3
ncur	380	16	-89	2	372	82	58	6	ncura4
nse2	430	84	-144	23	-86	18	13	1	nsei6
nse3	152	8	-67	4	66	8	-32	6	nserve7
pior	-426	37	-203	21	43	2	-12	0	pior5
pral	-201	7	68	2	-185	30	17	1	praze2
prec	-258	5	29	0	-83	3	-73	7	preco4
pre1	-78	1	-563	65	87	3	27	1	preco5
pre8	360	10	48	0	130	7	98	12	preju7
re15	559	45	263	24	181	25	-57	8	preve4
re16	493	22	340	26	145	10	86	11	preve5
re18	-98	2	171	12	109	10	60	10	preve7
prob	-93	1	246	17	120	9	109	22	probl3
reje	-342	7	541	44	-222	16	172	29	rejei3
ruim	587	29	315	20	60	2	-97	13	ruim2
rui2	-1079	80	310	16	327	38	202	45	ruim4
rui4	-139	5	28	0	-60	5	36	5	ruim7
sau1	-68	2	-46	2	-8	0	18	2	saude1
sau2	80	1	-169	7	330	60	-89	14	saude2
sem1	325	6	-42	0	10	0	-1	0	semae2
sof2	-800	39	165	4	567	102	-99	10	sofri6
sof3	-66	1	-32	0	-190	27	115	31	sofri7
temq	519	39	-32	0	101	8	65	10	temqa3
tran	298	11	187	10	96	6	29	2	trans4
tra1	95	1	214	10	-313	47	-21	1	trans5
tra2	-85	1	78	2	-31	1	-37	3	trans6
tra3	186	8	30	1	-82	9	29	3	trans7
tris	-140	4	-202	21	16	0	-193	128	trist3
tri1	-531	45	66	2	51	2	-6	0	trist4
tri2	-216	5	-115	3	34	1	-48	4	trist5
tri3	-879	76	309	23	74	3	-167	44	trist6
tri4	-99	1	-518	45	-251	23	23	1	trist7
vida	-264	9	-47	1	-13	0	-1	0	vidal

* * *1000* *1000* *1000* *1000*

Modalit,s en colonne

```

*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
ACT.      F=1  CPF      F=2  CPF      F=3  CPF      F=4  CPF
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
0151      450  284      296  300      14   2       55   68
0152       46   3     -415  560     -97  65      44   43
0153     -528  366      105  35      83  47     -104  228
0161      152   70     -20   3     -30  14      -59  168
0162    -444  204       58   8      87  41      171  491
0171      127   35     -91  44     187  390      -6   1
0172    -143   39     103  49    -211  440       7   1
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
*   *           *1000*           *1000*           *1000*           *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

```

Fin normale du programme

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](#)