

**MÃES ADOLESCENTES QUE VIVEM COM O HIV:
UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE A “CONSTELAÇÃO DA MATERNIDADE”**

Margaret Daros Pinto

Monografia apresentada como exigência parcial do curso de Especialização em
Psicologia – Ênfase em Infância e Família, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Daniela
Centenaro Levandowski

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Porto Alegre, Março de 2015.

AGRADECIMENTOS

Muito especialmente, desejo agradecer à minha orientadora, Doutora Daniela Levandowski, uma pessoa extremamente humana e de grande sabedoria, que disponibilizou o seu tempo, paciência e dedicação na orientação deste trabalho. Agradeço o carinho, a confiança e a amizade.

Agradeço ao meu marido, Ronei Silveira Pinto, pelo apoio incondicional e por mais uma vez proporcionar-me a realização de mais um sonho. Seu apoio foi definitivo em todos os momentos deste curso e trabalho. Obrigado!

Quero agradecer aos meus filhos Matheus e Gabriela, que, numa fase tão especial das suas vidas, me estimularam a refletir profundamente sobre o tema. Com eles, muito mais aprendo do que ensino. Amo muito vocês!

SUMÁRIO

RESUMO.....	02
ABSTRACT.....	03
CAPÍTULO I	
1.INTRODUÇÃO.....	04
2. OBJETIVO E JUSTIFICATIVA.....	17
CAPÍTULO II	
3.MÉTODO.....	18
3.1. Participantes.....	18
3.2. Delineamento, Procedimentos e Instrumentos.....	20
3.3. Análise de Dados.....	21
3.4. Considerações Éticas.....	23
CAPÍTULO III	
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
4.1. Vida e Crescimento.....	24
4.2. Relacionar-se Primário.....	35
4.3. Matriz de Apoio.....	39
4.4. Reorganização da Identidade.....	43
CAPÍTULO IV	
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	53

RESUMO

A vivência da maternidade jovem na presença do vírus HIV ainda é um tema pouco explorado na literatura científica. O presente estudo buscou examinar, entre mães adolescentes que vivem com o HIV, os temas referentes à Constelação da Maternidade proposta por Stern (1997): *vida e crescimento, relacionar-se primário, matriz de apoio e reorganização da identidade*. Participaram do estudo nove mães adolescentes (16 a 21 anos), de nível socioeconômico baixo, contatadas em serviços de saúde de Porto Alegre. Elas responderam uma entrevista semi-estruturada, que sofreu análise de conteúdo qualitativa. A partir da análise, verificou-se que as jovens mães se mostraram preocupadas com a saúde do bebê, com medo de infectá-lo e demonstraram ansiedade perante a possibilidade de um possível diagnóstico positivo para o HIV. Além da gravidez precoce, a infecção pelo vírus HIV mostrou-se um grande desafio para essas adolescentes, embora tenham descrito um sentimento positivo frente à maternidade. Verificou-se, ainda, a constituição de uma boa rede de apoio às jovens mães, pela presença de uma relação positiva com os próprios pais, tornando-se as jovens mais responsáveis, inclusive pelo cuidado dos bebês.

Esses achados ressaltam o tema vida e crescimento, uma vez que sentimentos maternos de proteção à criança parecem potencializados em jovens mães HIV+, especialmente em função da possibilidade de transmissão vertical, desde a gestação. Dadas às condições referidas, parece ser adequado o apoio psicológico para estas mães durante o período da gestação, bem como nos primeiros anos de vida do bebê.

Palavras-chave: adolescência, gravidez, maternidade, HIV, constelação da maternidade.

ABSTRACT

The HIV virus during the young motherhood is still a subject very poorly addressed in the scientific literature. Thus, the aim of the present study was to examine, amongst mothers with HIV, themes regarding the Motherhood Constellation proposed by Stern (1977): *life and growth, relate to primary, array of support and identity reconstruction*. Nine mothers infected with HIV virus (from 16 to 21 years) participated in the present study. Participants were recruited from public health service in Porto Alegre and were classified as low socioeconomic profile. A semi structured interview was carried out and then the qualitative analysis was performed. The analysis demonstrated the mothers to be concerned with their babies' health, afraid of infect their children and thus generating feelings of fear and anxiety at the prospect of a possible diagnosis. In addition to the early pregnancy, the HIV infection was verified to be a challenge, although they described a positive feeling of motherhood. It was also found, setting up a good network to support teenage mothers, a fact that facilitated a positive relationship with the parents that may bring more responsibility to the young mothers essentially due to the babies' care.

These findings emphasize the theme life and growth, since maternal feelings of children protection seem magnified in HIV+ young mothers, especially because of the possibility of vertical transmission from pregnancy. Given to those circumstances, it seems appropriate psychological support for these mothers during the pregnancy period and the first years of a baby's life.

Key-words: adolescence, pregnancy, motherhood, HIV, Motherhood Constellation.

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é considerada uma etapa de transição entre a infância e a fase adulta, na qual o desenvolvimento da sexualidade é um aspecto importante. Os avanços do desenvolvimento sexual repercutem na definição da identidade, na autoestima, nas relações afetivas e na inserção social do adolescente, além de impactar também a fase adulta (Hercowitz, 2002).

Embora o aparecimento de novas manifestações da sexualidade ocorra na adolescência, as condições em que os adolescentes atualmente a exercem, sobretudo com maior liberdade, menos limites e maior irresponsabilidade, tem despertado grande preocupação de profissionais da área da saúde que trabalham com este público, especialmente pelo crescente número de casos de gestações e contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DST; Hercowitz, 2002). Nesse sentido, de acordo com Martins, Trindade e Almeida (2003) e Traverso-Yépes e Pinheiro (2005), a adolescência é marcada por um período de “curtição”. Em função disso, o adolescente não costuma pensar nos seus atos, não se preocupa com o futuro e espera resultados e prazeres imediatos, expondo-se, muitas vezes, a situações de risco, como por exemplo, o sexo desprotegido. Esse tipo de comportamento pode explicar a alta prevalência de gestações e de DST nessa época da vida.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS, Brasil, 2013), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2013) e a Organização das Nações Unidas (ONU, 2013), no Brasil a maior incidência de gravidez na adolescência ocorre em meninas pertencentes às camadas sociais mais economicamente desfavorecidas. Embora o relatório anual da Situação da População Mundial 2013, publicado pelo UNFPA e a ONU, apresente que, todos os dias, 20 mil adolescentes com menos de 18 anos dão à luz em países em desenvolvimento e que isso representa 7,3 milhões de novas mães por ano nesses países, observou-se uma redução nos casos de gravidez em mulheres com menos de 20 anos em todo o Brasil entre os anos 2000 e 2012. No início da década, cerca de 750 mil adolescentes foram mães no país. Em contrapartida, em 2012 o número caiu para 536 mil (Brasil, MS, 2013).

Contudo, o número de jovens grávidas é dez vezes maior do que a quantidade de partos de adolescentes realizados nos países desenvolvidos (Brasil, MS, 2013). Isso pode decorrer do fato de que a maior parte dos adolescentes (88%) do mundo vive em países em desenvolvimento e que aproximadamente 19% das jovens engravidam antes dos 18 anos. Muitas delas (aproximadamente dois milhões) engravidam antes mesmo dos 15 anos. Assim, o relatório da Situação da População Mundial 2013 aponta que, se persistirem as tendências atuais, o número de novas mães antes dos 15 anos pode chegar a três milhões em 2030. Desse modo, o documento apresenta os desafios da gravidez precoce em termos de educação, de saúde e de oportunidades de emprego (UNFPA, 2013).

Nesse sentido, entende-se por que razão, até meados do século XX, a gravidez na adolescência não era alvo dos pesquisadores e não fazia parte de grande preocupação na área da saúde pública. Foi o crescente aumento desse fenômeno nessa fase precoce que levou a questionamentos sobre o comportamento desses jovens numa fase tão delicada da vida (Camargo, 2002; Melo, 2001; Muza & Costa, 2002; Sabroza, Leal, Gama, & Costa, 2004; Yazlle, Mendes, Patta, Rocha, Azevedo, & Marcolin, 2002).

De fato, atualmente o tema assume uma grande relevância social, pela vulnerabilidade em termos biológicos e sociais, tanto das jovens como de suas crianças, pois se sabe que a gravidez em idade muito precoce eleva os riscos de mortalidade para a mulher e seus filhos (Simões, 1997). Em relação aos riscos a que são expostas as adolescentes grávidas, tem sido referidas 70 mil mortes por ano atribuídas a complicações na gravidez e no parto. Além disso, estima-se que 3,2 milhões de abortos inseguros são praticados todos os anos no país (Brasil, MS, 2013).

Na perspectiva clínica, a gravidez na adolescência pode trazer problemas para a saúde da mãe e do bebê, sobretudo pela imaturidade fisiológica que a adolescente apresenta durante a gestação (Godinho, Schelp, Parada, & Bertoncello, 2000). A alta incidência de repercussões clínicas e sociais em adolescentes grávidas as expõe a riscos. Dentre estas, podemos citar a desnutrição, a hipertensão arterial, a depressão pós-parto, a obesidade e a anemia, entre outras (Gontijo & Medeiros, 2004). Em relação ao bebê, problemas como prematuridade, baixo peso ao nascer, morte perinatal, transtorno de desenvolvimento, baixo quociente intelectual e morte na infância estão entre os mais comuns nesta condição de maturidade precoce (Aquino-Cunha, Queiroz-Andrade,

Tavares-Neto, & Andrade, 2002; Gama, Szwarcwald, Leal, & Theme-Filha, 2001). Por outro lado, sabe-se que os riscos da gestação precoce estariam associados a não adesão ao atendimento pré-natal demonstrada pelas adolescentes (Carniel, Zanolli, Almeida, & Morcillo, 2006; Minagawa, Biagoline, Fujimori, Oliveira, Moreira, & Ortega, 2006), uma vez que esse acompanhamento tem um efeito protetor sobre a saúde da gestante e do feto, contribuindo para reduzir a mortalidade infantil e materna (Gama, Szwarcwald, & Leal, 2002).

Contudo, além de fatores físicos, outros aspectos de ordem psicológica, econômica, familiar e social estão relacionados à gravidez precoce, todos com repercussão direta no desenvolvimento pessoal destas meninas, suas famílias e sociedade (Santos & Silva, 2000). Nesse sentido, a gravidez na adolescência passou a ser um ponto de interesse na esfera social e tornou-se um problema da Saúde Pública, da Educação e da Psicologia.

Por se tratar de um acontecimento marcante em nossa sociedade, a gravidez na adolescência repercute de forma inevitável e negativa, despontando como um problema de saúde (Esteves & Menandro, 2005). Nessa direção, para Cabral (2003), a gravidez na adolescência é considerada como um elemento perturbador no desenvolvimento dos jovens, pois a precocidade psíquica dos jovens pais pode tornar precário o desenvolvimento do bebê, expondo-o a riscos de saúde e educação, bem como pode comprometer a saúde da mãe.

Por outro lado, Yazlle et al. (2002) e Kassir, Lima, Albuquerque, Barbieri e Gurgel (2006) consideram que a ocorrência de problemas de saúde tanto na jovem como na criança relaciona-se mais ao estado de pobreza do que à idade propriamente dita. Os autores mencionam que uma parte da população de gestantes grávidas encontra-se em condições socioeconômicas precárias, associadas a condições também insuficientes quanto à higiene, habitação, alimentação e saúde.

Em termos sociais, destaca-se que a gravidez na adolescência pode estar associada à pobreza, evasão escolar, entrada precoce no mercado de trabalho não qualificado, situações de violência e negligência, diminuição das oportunidades de emprego, além de maus tratos infantis (Almeida, Aquino, & Barros, 2006; Carniel et al., 2006; Dias & Aquino, 2006; Estela, Aquino, Heilborn, Knauth, Bozon, Almeida, Araújo, & Menezes, 2003; Fonseca & Araújo, 2004; Freitas & Botega, 2002; Gama et

al., 2002; Lima, Feliciano, Carvalho, Souza, Menabó, Ramos, Cassundé, & Kovács, 2004; Yazlle et al., 2002). Além disso, a falta de apoio social e financeiro e situações de abandono do companheiro, no caso, o pai da criança, também são consequências importantes na vida dessas jovens (Godinho et al., 2000).

O período da gestação, por si só, pode ser um momento muito difícil para mulher, uma vez que é um período de mudanças físicas e psíquicas, pois, além das transformações corporais, são revisados papéis e relações sociais da gestante com sua família e com a sociedade mais ampla. Isso, aliado às transformações e conflitos vividos pela adolescente, podem tornar a gestação nesse momento da vida ainda mais complicada (Levandowski, Piccinini, & Lopes, 2008).

Destaca-se, então, que, em termos psicológicos, a gravidez na adolescência está associada à noção de risco, na medida em que implica na vivência simultânea de dois fenômenos importantes do desenvolvimento: o ser adolescente e o ser mãe (Levandowski et al., 2008). Tipicamente, ao menos entre as camadas economicamente mais favorecidas da população, a adolescência é considerada um período da vida no qual os jovens deveriam, na medida do possível, explorar possibilidades antes de tomar decisões que exigem maior comprometimento, como escolher uma profissão, casar e ter filhos (Erikson, 1968/1976). Porém, a maternidade na adolescência traz consigo uma série de expectativas e responsabilidades que limitam essas possibilidades de exploração, ao mesmo tempo em que institui um novo papel e uma nova faceta da identidade (Rangel & Queiroz, 2008; Carvalho, Merighi, & Jesus, 2009). Não se pode esquecer que tudo isso é vivenciado, segundo Aquino-Cunha et al. (2002), em um contexto no qual muitas vezes também estão presentes a baixa auto-estima, a ausência de apoio familiar, a instabilidade das relações conjugais, um alto nível de estresse, poucas expectativas frente ao futuro e até mesmo desordens psiquiátricas, como a depressão.

De acordo com Silva e Camargo (2005), a prevalência de sintomas depressivos durante a gestação pode variar entre 44 e 59%, sendo comum esse tipo de sintomas em gestantes adolescentes. Ainda sobre a instabilidade conjugal, é importante ressaltar que, segundo Gradim, Ferreira e Moraes (2010) observaram, a gravidez é vivenciada de forma negativa na ausência do apoio do parceiro, sendo essa a situação mais frequente entre os adolescentes menores de 16 anos. Tal situação pode contribuir para a

ocorrência de prejuízos emocionais e, até mesmo, de transtornos de ordem afetiva, muitas vezes agravada por um ambiente familiar pouco acolhedor e muito mobilizado pela notícia da gestação.

Contudo, não se pode destacar a gravidez precoce como sendo apenas um problema. A literatura também aponta alguns aspectos positivos dessa vivência, como o desejo das adolescentes de engravidar e a avaliação dessa experiência como boa e gratificante. Segundo Levandowski et al. (2008), algumas dessas jovens vêem a gravidez como um projeto de vida, pois tem um papel importante na sua comunidade. A autonomia proporcionada pela gestação e maternidade faz com que ganhem um novo status, inclusive para mostrar à família (pais, namorado/companheiro) que podem ser “donas de seu próprio nariz”.

Embora este fenômeno ocorra em todas as classes sociais, parece estar mais presente nas classes mais economicamente desfavorecidas, além de também apresentar, nesse contexto, as repercussões mais intensas e negativas (Hoga, Borges, & Reberte, 2010). Entre essas repercussões, pode-se citar o desenvolvimento de alguma DST juntamente com a gestação, dentre as quais se destaca a infecção pelo HIV.

No Brasil, segundo dados do Boletim Epidemiológico DST/AIDS e Hepatites Virais (Brasil, MS, 2014), a faixa etária mais afetada pelo HIV/aids é aquela compreendida entre 19 e 24 anos. As mulheres são mais afetadas do que os homens, sendo o contato sexual o meio mais comum de infecção. Contudo, segundo esse relatório, um fato que chama a atenção é o crescimento da incidência da doença entre jovens de 13 e 19 anos de idade, em especial do sexo feminino.

Com o número crescente de mulheres infectadas, e a maior parte delas em idade reprodutiva (incluindo-se aí as adolescentes), verificou-se uma mudança no perfil epidemiológico desse quadro clínico em todo o mundo (ONUSIDA, 2006), o que tem levado à necessidade de uma maior atenção governamental à transmissão vertical do HIV, isto é, à transmissão que ocorre da mãe para o bebê por ocasião da gestação, parto ou amamentação (Brasil, 2004; Szwarcwald & Castilhos, 2000). Nesse sentido, no Brasil, no ano de 2010, foram notificados 5.666 casos de HIV em gestantes, com taxa de detecção de 2,0 casos por 1.000 nascidos vivos. Nesse mesmo ano, a única região com uma taxa de detecção de HIV em gestantes superior à média nacional foi a Região Sul, com 4,8 casos por 1.000 nascidos vivos (Brasil, MS, 2012).

Em decorrência da situação referida, percebe-se que tem sido cada vez mais frequente a vigência de gestações na presença do HIV. A presença dessa condição clínica durante a gravidez e a maternidade tem repercussões. O momento da descoberta da gravidez poderá coincidir com a descoberta da infecção pelo HIV. Além da descoberta, a revelação do diagnóstico para a família e companheiro pode tornar a situação ainda mais complicada. Um estudo realizado por Ingram e Hutchinson (2000) focado no período pós-natal, relatou que as mães que tinham descoberto a infecção durante o período gestacional lembravam esse fato como algo especialmente difícil. Além disso, alguns estudos mencionam o fato de que muitas jovens não realizam o pré-natal adequadamente, procurando ajuda médica tardia seja por negação da gravidez ou até mesmo pela pressão para abortar (Diaz & Diaz 1999, Gama, Szwarcwald, Sabroza, Branco, & Leal, 2004; Kaplan, 1996; Machado & Paula, 1996; Melo, 2001; Viçosa, 1997).

Nessa perspectiva, Ethier, Ickovics, Fernandez, Wilson, Royce, e Koenig (2002) advertiram para a necessidade de identificação dos riscos psicossociais envolvidos no diagnóstico de infecção pelo HIV/aids durante uma gestação. Sobre esse assunto, Kwalombota (2002) encontrou que mulheres diagnosticadas como portadoras do HIV/aids durante uma gestação apresentaram sinais de depressão e desordens somáticas, à diferença de gestantes que tinham conhecimento prévio da infecção, as quais reportaram maior ansiedade quanto à possibilidade de infectar o bebê. Dessa forma, o período da gestação, envolto em complexas tarefas psicológicas e de readaptação na rotina e nos papéis dentro da família, torna-se muitas vezes o momento em que algumas mulheres se descobrem portadoras do HIV/aids e que se deparam com a necessidade de enfrentar a doença. O impacto psicológico pode ser ainda mais intenso quando as mulheres descobrem que são soropositivas na hora do parto, já que esse momento envolve um grande desgaste físico e emocional (Azevedo, 2004; Kwalambota, 2002). Nessa direção, em um estudo qualitativo realizado por Piccinini e Gonçalves (2007), no qual foram entrevistadas três mães que haviam descoberto a infecção pelo HIV/aids durante o parto, essa notícia foi considerada impactante para as mães, repercutindo nas suas relações familiares e nas suas preocupações referentes ao bebê.

Para além do período da gestação, poucos trabalhos focaram na experiência de mães adultas que vivem com o HIV. Alguns estudos brasileiros têm apontado que a maternidade permanece numa posição bastante idealizada para as mulheres, sendo colocada acima da infecção (Carvalho & Piccinini, 2006; Paiva, 2000; Silva, 2003). Desse modo, conforme Castro (2001), a maternidade nessa situação se tornaria tão forte quanto o desejo de continuar vivendo para cuidar dos filhos, promovendo, indiretamente, o autocuidado nessas mulheres. Assim, as pesquisas destacam que a gravidez no contexto da soropositividade para HIV pode possibilitar um reposicionamento dessas mulheres diante da doença, já que de alguma forma elas precisam assumir essa condição para prosseguir o tratamento profilático em favor dos filhos (Vescovi, Pereira, & Levandowski, 2014).

Nessa direção, no estudo de Wesley, Smeltzer, Redeker, Walker, Palumbo, e Whippie (2000), no qual foi investigada a maternidade de norte-americanas portadoras de HIV/aids com filhos de até 2 anos de idade, foram encontrados sentimentos positivos frente à maternidade. Elas referiram encontrar um novo sentido à vida, percebendo que a maternidade seria um meio de suprirem as suas necessidades e descobrindo nos filhos uma extensão de si mesmas. Entretanto, os riscos relativos à saúde foram muito pouco considerados, evidenciando uma resistência quanto ao seu estado sorológico.

Outro aspecto que se destaca nos estudos da área quanto à vivência da maternidade de gestantes e mães que vivem com o HIV é a presença de sentimentos de culpa e medo, podendo trazer consigo um sofrimento psíquico importante (Carvalho & Piccinini, 2006; Gonçalves, 2007). Segundo Carvalho e Piccinini, trata-se da culpa por colocar o filho em risco e do medo de passar a infecção para ele e de que, em consequência, o bebê venha a morrer. Esses sentimentos contradizem a concepção idealizada da maternidade, que mostra a mulher capaz de gerar a vida e assumir um lugar social privilegiado. Porém, considera-se que a presença ou a intensidade desses sentimentos está também associada às ambivalências e paradoxos vividos por qualquer mãe, não apenas aquelas que são HIV+.

As relações conjugais e familiares, quando não apoiadoras, também são citadas pelas gestantes portadoras de HIV/aids como um aspecto difícil, tornando a gravidez um processo bastante solitário (Carvalho & Piccinini, 2006). Em alguns casos, a infecção

pelo HIV/aids é mais um fator para a complicação de relacionamentos conflitantes e afastados, que já se tornaram parte de um padrão familiar.

O parto também é outra questão de grande preocupação para as gestantes HIV+. O procedimento e, na prática, as medidas profiláticas durante o trabalho de parto, geram ansiedades e fantasias. Carvalho e Piccinini (2006) destacam, ainda, que o fato de saber que o parto é um momento crucial para evitar a infecção da criança pode aumentar a tensão e o medo dessas mães. Sendo assim, o período que se segue ao nascimento é permeado pela incerteza quanto ao diagnóstico do filho, assim como pela necessidade de retomar ou iniciar o próprio tratamento. A família permanece aguardando o resultado sorológico da criança, e os programas de saúde falham em promover uma assistência condizente com a delicadeza do momento enfrentado. Nesse contexto, muitas mulheres têm dificuldade para manter o próprio tratamento após o nascimento do filho, como advertiu um estudo norte-americano que acompanhou mães portadoras do HIV/aids na gestação e após o parto (Ickovics, Wilson, Royce, Minkoff, Fernandez, Fox-Tierney, & Koenig, 2002). Assim, evidencia-se que tanto as dificuldades das gestantes em adaptar-se ao diagnóstico, como a falha dos serviços de atendimento em promover o autocuidado nessas mulheres para além do período gestacional, parecem desempenhar papel importante na adesão ao tratamento no pós-parto e merecem atenção dos profissionais e pesquisadores da área.

A amamentação é outro fator que traz à mulher portadora do HIV/aids uma dupla mensagem social. A amamentação no seio é altamente estimulada pelos médicos e por campanhas publicitárias que recomendam o aleitamento materno até os dois anos de idade, propalando as suas vantagens para a criança. No caso da infecção pelo HIV/aids, a amamentação é proibida e, como se sabe, os procedimentos profiláticos incluem a administração de inibidores de lactação e até mesmo o enfaixamento das mamas (Brasil, MS, 2010).

O leite da mãe é proibido por não ser benéfico para a criança, o que pode despertar diversos sentimentos e influir na experiência de maternidade. A mãe se vê impedida de alimentar seu filho no seio, ao mesmo tempo em que sabe da importância do leite materno para o desenvolvimento do sistema imunológico da criança e o quanto amamentar pode contribuir para o relacionamento mãe-filho. Assim, a infecção pelo

HIV/aids impõe-se como um paradoxo diante desses ditames sociais a respeito da amamentação.

Como exposto, constata-se que, em caso de sobreposição da maternidade e do HIV/aids, existe um importante trabalho psicológico a ser realizado por essas mulheres. Contudo, pouco se conhece a respeito de como as mães jovens HIV+ vivenciam essa condição. De fato, a partir de consulta à literatura, poucos estudos são localizados sobre o tema, especialmente no âmbito brasileiro.

Um deles, realizado com três jovens de Porto Alegre e região, com base em um delineamento de estudo de casos múltiplos, abordou fatores de risco e proteção para a vivência da gestação e da maternidade. Foi identificados como fatores de risco para essas vivências a descoberta da soropositividade durante a gestação, a baixa adesão ao tratamento antirretroviral e a não realização desse tratamento pelo parceiro, bem como o uso de estratégias pouco efetivas para o enfrentamento da infecção e a presença de algumas dificuldades nos serviços de saúde em relação ao atendimento (Vescovi, 2012). Já dentre os fatores protetores para essas vivências, destacaram-se os sentimentos positivos sobre a maternidade, a avaliação positiva do atendimento de saúde recebido e da relação amorosa, a revelação do diagnóstico de soropositividade aos familiares, a presença de apoio familiar e a responsabilização pelo cuidado do bebê (Vescovi et al., 2014).

Outro estudo qualitativo realizado em nosso contexto, abordando a experiência da maternidade jovem na vigência do HIV para oito participantes, indicou uma visão positiva a respeito da maternidade, relacionada à satisfação com o papel materno e à realização pessoal. Tanto a condição de gravidez como a de maternidade serviu como um incentivo para o autocuidado das jovens. Por outro lado, algumas dificuldades enfrentadas por essas mães estiveram relacionadas ao HIV e aos desdobramentos desta condição clínica, destacando-se sentimentos de frustração e incompletude da maternidade diante da impossibilidade da amamentação, assim como de medo frente ao risco de transmissão vertical (Ritt, 2013).

Por fim, Paiva e Galvão (2006), ao realizarem um estudo de caso de uma gestante adolescente cearense (16 anos), múltipara e de baixa condição socioeconômica, revelaram ausência do uso de preservativo, dificuldades na adesão ao tratamento antirretroviral e o não reconhecimento da infecção como um problema. Uma razão para

a negação da doença poderia ser o fato de que, quando uma adolescente sente-se saudável, pode ser difícil para ela experienciar a infecção como um fenômeno real (Abdalian & Wright, 2000). No entendimento de Paiva e Galvão, a deficiência na busca ativa de gestantes com o vírus, a burocratização da assistência, os efeitos colaterais dos medicamentos e a negação da contaminação podem ser outros motivos para postergar o acompanhamento clínico.

No contexto internacional, dois estudos foram localizados sobre o tema. Meloni, Tuveri, Floridia, Zucca, Borghero, Gariel, Melis (2009) analisaram duas gestantes italianas (17 e 19 anos) infectadas por transmissão vertical e indicaram a viabilidade de um cuidado pré-natal adequado para essas jovens, embora tenham sugerido potenciais dificuldades na manutenção dos cuidados de saúde após o parto. Por sua vez, a revisão da literatura realizada por Abdalian e Wright (2000) indicou a gravidez como a circunstância em resposta à qual a maioria das jovens iniciou o tratamento medicamentoso de forma mais precoce.

A partir do exposto, constata-se a necessidade de novos estudos sobre o tema, em especial na perspectiva subjetiva da mãe jovem que vive com HIV/aids. Diante disso, pensa-se que é importante investigar as percepções e sentimentos dessas mães frente a diferentes questões emocionais envolvidas na transição para a maternidade, devido às suas repercussões para a jovem e a relação a ser estabelecida com o bebê.

Nesse sentido, ressalta-se que a experiência de assumir o papel materno exige da mulher algumas transformações comportamentais e psíquicas, sobretudo diante das mudanças físicas e psicossociais impostas pela nova realidade. Durante a gravidez, a mulher resgata de forma consciente e inconsciente suas vivências pessoais e que deixaram de alguma maneira marcas psíquicas enquanto ser humano (Ferrari, 2003; Stern, 1997).

Para Winnicott (1956/2000; 1999), a gravidez é um período em que a mulher se prepara para deixar realizações pessoais de lado, passando a focar a sua barriga e o ser que está dentro dela. Assim, a experiência materna envolve uma série de adaptações biopsicológicas ao longo da gestação e para além dela.

Stern (1997), a partir de estudos clínicos com pais e bebês, denominou o conjunto de transformações vividas pela mulher durante a gravidez de “Constelação da Maternidade”. Segundo o autor, logo após o parto, a mãe entra numa nova fase da vida,

que pode durar meses ou até mesmo anos, em que irão ser desencadeados um conjunto de intenções e atitudes, como ação, sensibilidade, medos, fantasias e desejos, os quais serão determinantes na sua vida psíquica. Assim, conforme Stern, com o nascimento do bebê, a mãe passa por um profundo realinhamento psíquico, tendo em vista a necessidade de adaptações frente aos seus novos papéis. Com a chegada de um filho, a mulher, por ser na maioria das vezes a sua principal cuidadora, vê-se diante de uma reorganização de seu mundo representacional. Essa reorganização pode implicar na reelaboração de vários esquemas a respeito de si mesma, do bebê, do companheiro e também de sua família (Stern, 1997). Portanto, constata-se que exercer o papel materno é um processo bastante complexo e que vai envolver diversos e distintos aspectos psicológicos.

Durante toda a gravidez, a mulher vai se preparando com novas expectativas, sonhos, medos e fantasias. Algumas questões estão muito ligadas a este papel de se tornar mãe e despertam algumas dúvidas sobre como será esse bebê, como ela vai cumprir esse papel, como o seu companheiro será como pai e como será sua vida após a chegada do bebê (Stern, 1997). Toda essa preparação, segundo Stern, é fundamental para a construção da identidade materna. As bases da construção desta identidade podem ser encontradas na infância da própria mulher, quando, ainda menina, cria, a partir da interação com sua mãe, um modelo de mãe para si, no qual se espelha para brincar com suas bonecas. Esse modelo ela poderá utilizar futuramente na interação com seus filhos (Zalberg, 2003).

Contudo, ao nascer o primeiro filho, Maldonado (2000) aponta que a mãe entra numa fase de crises e desequilíbrios, que traz profundas mudanças, principalmente para as mães primíparas, tendo em vista a necessidade de novas adaptações quanto ao reajustamento de sua identidade. Sendo assim, tornar-se mãe é um processo de construção e demanda um trabalho de preparação para habilitar a mãe a cuidar do seu bebê. Desde a gestação, a mulher entra num estado especial, numa condição psicológica que Winnicott (1956/2000) denominou de “preocupação materna primária”. Tal condição se caracteriza por um estado de muita sensibilidade, e vai se desenvolvendo gradativamente ao longo da gravidez, durando até algumas semanas após o parto. Para Winnicott (1956/2000), o estabelecimento da preocupação materna primária permite ao bebê revelar suas tendências de desenvolvimento, experimentar um movimento

espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase de sua vida. Esta condição requer um trabalho psicológico da mãe, pois não é algo natural. Assim, nem todas as mulheres conseguiriam adentrar nesse estado psíquico.

A preocupação materna primária nomeada por Winnicott parece se associar ao conceito da Constelação da Maternidade sugerido por Stern (1997). Segundo esse autor, ao nascer um bebê, especialmente quando ele é o primeiro, a mãe entra numa nova organização psíquica, sendo que esta “constelação” é que vai determinar uma nova série de tendências de ações, sensibilidades, fantasias, medos e desejos. A duração dessa organização é temporária, podendo se estender por meses ou até por anos, mas, seja qual for essa duração, ela se torna o eixo organizador dominante da vida psíquica da mulher, colocando de lado os organizadores anteriores, como por exemplo, o complexo edípico (Stern, 1997).

Tal constelação é caracterizada por uma trilogia de preocupações e discursos diferentes, mas que estão relacionados entre si e que acontecem interna e externamente. Esta trilogia refere-se ao discurso da mãe com sua própria mãe, ao seu discurso consigo mesma e ao discurso com o bebê. A trilogia da maternidade passa a ser a principal preocupação e exigência da mulher, que agora é mãe, reelaborações mentais.

Ao nascer o bebê, a mãe experimenta um profundo realinhamento. Seus interesses e preocupações passam a relacionar-se mais com a sua própria mãe e menos com o seu pai. Mais com a sua mãe como mãe e menos consigo mesma como mulher ou esposa; mais com as mulheres em geral e menos com os homens; mais com o crescimento e desenvolvimento e menos com a carreira; mais com seu marido como pai e menos como homem e parceiro sexual; mais com a relação com o bebê e menos com o resto. Sendo assim, passa a existir então uma nova tríade psíquica, formada pela mãe da mãe-mãe-bebê, que se torna o eixo organizador central do psiquismo.

A partir dessa trilogia, Stern (1997) destacou quatro temas centrais, os quais podem ser entendidos como as novas tarefas que a mãe tem que desempenhar em função da maternidade. Eles foram denominados pelo autor de: *vida e crescimento*, *relacionar-se primário*, *matriz de apoio* e *reorganização da identidade*.

O tema *vida e crescimento* envolve a questão da mãe de se sentir capaz de manter o bebê vivo depois do nascimento. A dúvida central é: será ela capaz de propiciar a continuidade de seu desenvolvimento e crescimento físico? Esse tema

costuma gerar uma série de medos e angústias para as mães (de doença e de morte, entre outros), como se essas intercorrências fossem evidenciar que elas não são boas mães.

Quanto ao segundo tema, *relacionar-se primário*, refere-se à capacidade de se envolver emocionalmente com o bebê e de reconhecimento do bebê como seu filho. O terceiro tema refere-se à *matriz de apoio* e corresponde à necessidade de a mãe criar e permitir uma rede de apoio protetora, para que ela possa promover o desenvolvimento físico e psíquico do bebê. Por fim, o último tema refere-se à *reorganização da identidade*. Nesse caso, parece haver uma necessidade da mãe de transformar e reorganizar a sua identidade para assumir uma postura de mãe, sem tanta autonomia. Ela passa a mudar o seu centro de filha para mãe, de esposa para progenitora, de profissional para mãe de família, de uma geração para a precedente. Essa reorganização é necessária para que a mulher consiga alterar seus investimentos emocionais, sua distribuição de tempo e energia e suas atividades. Neste ponto, a necessidade de modelos de identificação para a mãe é evidente, pois o trabalho mental exigido para tal transformação fará com que a mulher reviva sua história de identificações com a própria mãe e com outras figuras maternas.

Contudo, segundo Stern (1997), a Constelação da Maternidade não é desenvolvida por todas as mulheres. Não se trata de algo natural ou inato, mas sim de algo criado a partir do contexto da maternidade em sociedades ocidentais e pós-industriais, embora possa ser influenciada por fatores psicobiológicos, especialmente hormonais. Assim, importante considerar que, mesmo sob as mesmas condições socioculturais, não são todas as mães que desenvolvem tal constelação.

Diante do panorama apresentado, associando-se a maternidade precoce à presença de uma condição de saúde como o HIV/aids, uma questão importante que se coloca é relativa às alterações psicológicas induzidas pela gestação e nascimento de um bebê nesse contexto. Esse é o escopo do presente estudo, detalhado abaixo.

2. OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Conforme apresentado, há um conjunto de estudos direcionados à compreensão das alterações psicossociais induzidas pela gravidez e maternidade em jovens. No entanto, poucos são os estudos que, até o momento, contemplaram questões subjetivas de mães jovens que apresentam alguma condição clínica, como aquelas que vivem com o HIV. Assim, tendo em vista os poucos estudos encontrados na literatura e a necessidade de melhor se entender o impacto da presença do HIV na maternidade jovem, elaborou-se o presente trabalho, que teve como objetivo examinar, entre mães jovens que vivem com o HIV, os temas centrais referentes à Constelação da Maternidade proposta por Stern (1997): *vida e crescimento, relacionar-se primário, matriz de apoio e reorganização da identidade*.

Pensa-se que esse estudo preenche uma lacuna importante de conhecimento, ao abordar aspectos subjetivos deste contexto e buscar conhecer a organização psíquica dessas mães nesse momento de suas vidas. Em função disso, os resultados apresentados podem auxiliar profissionais da área da saúde, assistência social e educação no manejo e intervenção junto a essa clientela.

CAPÍTULO II

3. MÉTODO

3.1. Participantes

Participaram deste estudo nove mães jovens, de 16 a 21 anos de idade, que receberam diagnóstico de soropositividade para HIV na gestação ou parto, residentes em Porto Alegre e região metropolitana. Dentre as nove mães, apenas uma não era primípara e seus filhos tinham entre quatro e seis meses de vida no momento do estudo. O nível socioeconômico¹ variou de baixo a médio-baixo. Apenas uma estava trabalhando e nenhuma frequentava a escola no momento da coleta de dados, embora cinco participantes já tivessem concluído o Ensino Fundamental. Quatro participantes identificaram-se como solteiras, mas mantinham relacionamento amoroso, em três casos, com o pai biológico do bebê. Outras cinco se identificaram como casadas, sendo a maioria delas com o pai biológico do bebê. A Tabela 01 apresenta detalhadamente os dados sociodemográficos das participantes. Ressalta-se que quatro jovens revelaram haver planejado a gravidez.

¹ O nível socioeconômico foi obtido a partir da integração dos seguintes dados: escolaridade, bairro de moradia, ocupação atual, última ocupação e formas de auxílio recebido. Entende-se que o local no qual as participantes foram selecionadas (serviço público de saúde) constitui-se, por si só, como provável indicador de seu nível socioeconômico, na realidade atual do país. Optou-se por esta abordagem, uma vez que não há, na literatura, consenso sobre a conceituação e as formas de mensuração de tal construto (Alves & Soares, 2009).

Tabela 01.

Dados sociodemográficos das participantes

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9
Idade (anos)	19	17	18	21	18	21	16	21	16
Escolaridade	EF Inc	EM Inc	EM Inc	EF Inc	EF Inc	EF Completo	EM Inc	EM Inc	EM Completo
NSE	Médio-baixo	Baixo	Médio-baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Médio-baixo	Baixo
Última ocupação	Vendedora/ Vitrinista	Auxiliar adm.	Vendedora	Vendedora	Profissional do sexo	Faxineira	Estudante	Estudante	Vendedora
Estado civil	Solteira / namorado	Solteira / namorado	Solteira/ namorado	Casada	Solteira/n amorado	Casada	Casada	Casada	Casada
Coabitação	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Idade pai bebê (anos)	22	17	21	45	Não sabe/dúvidas quanto à paternidade	45	25	25	21
Idade bebê (meses)	04	06	06	05	04	04	06	03	Não informada
Momento diagnóstico HIV (mês gestacional)	02	07	08	06	Parto	06	03	02	04
Forma transmissão HIV	Sexo sem proteção	Sexo sem proteção	Sexo sem proteção	Sexo sem proteção	Não sabe	Sexo sem proteção	Sexo sem proteção	Sexo sem proteção	Sexo sem proteção

Legenda: M = Mãe; EF = Ensino Fundamental; EM= Ensino Médio; NSE = Nível socioeconômico; Inc = incompleto

As jovens foram recrutadas em serviços públicos especializados no atendimento ao HIV/aids de Porto Alegre (Serviço de Atenção Especializada do Centro de Saúde Vila dos Comerciários, Hospital-Dia do Setor de Infectologia do Hospital Fêmeina e Hospital Cristo Redentor) e integraram o projeto "*Avaliação e Intervenção com Mães Adolescentes Soropositivas: Focalizando a Saúde Mental, a Adesão ao Tratamento e a Relação com o Bebê*" (Levandowski, Castoldi, Canavarro, & Pereira, 2010)². Esse estudo visou investigar a saúde mental de mães jovens HIV+ e a sua experiência da maternidade, bem como os efeitos de uma intervenção breve, com foco na adesão ao tratamento e na relação com o bebê. Esta pesquisa estava organizada em três fases de coleta de dados; as participantes do presente estudo são todas aquelas jovens que participaram da *Fase 1* e da *Fase 2*. Destaca-se que, dentre todas as jovens com quem se estabeleceu um contato inicial, 22 desistiram de participar ou não foram localizadas para a realização da *Fase 1* do estudo, e outras 08 desistiram de colaborar na *Fase 2*.

3.2. Delineamento, Procedimentos e Instrumentos

O presente estudo possui delineamento qualitativo exploratório-descritivo (Gil, 2010); exploratório, pois busca uma aproximação com a temática de gestação e da maternidade na juventude no contexto do HIV, ainda pouco estudada no Brasil; e descritivo, por buscar estudar as características da população-alvo, atentando para o significado das vivências descritas e buscando analisar em profundidade essas características (Turato, 2005).

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFCSPA (Protocolo 10-617), da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Protocolo 001.021424.10.1) e do Grupo Hospitalar Conceição (Protocolo 10-170), iniciou-se o contato com os locais para a organização da coleta de dados. Foram realizadas reuniões com as equipes, buscando sistematizar os procedimentos conforme as especificidades de cada serviço.

Após essas combinações, no primeiro contato com as participantes, realizado durante a espera para o atendimento no serviço, era explicado o objetivo e o funcionamento da pesquisa. A inclusão da jovem no estudo dependia da adequação aos

² Esse estudo recebeu apoio financeiro do CNPq e da FAPERGS.

seguintes critérios: ter entre 13 e 21 anos de idade, preferencialmente ser primípara, ter um bebê de 3 a 9 meses e ter descoberto a infecção pelo HIV durante a gestação ou parto. Havendo adequação aos critérios e concordância para a participação, em um novo encontro, no próprio serviço, procedia-se à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela participante e seu responsável (em caso de menores de idade). Logo após, era solicitado o preenchimento da *Ficha de Contato Inicial e Dados Sociodemográficos*, para a identificação de informações sociodemográficas das jovens e do pai do bebê. Na sequência eram aplicados individualmente instrumentos para a avaliação da saúde mental materna, dentre outros. Ao final era solicitada a permissão para um novo contato com a jovem via telefone, para colaboração em mais uma etapa do estudo. Esses procedimentos compreenderam a *Fase 1* de coleta de dados.

Nesse segundo encontro, agendado no mínimo sete dias após o primeiro, era realizada individualmente, nos serviços de saúde, a *Entrevista sobre Maternidade na Adolescência em Situação de Infecção pelo HIV*, que foi gravada em áudio e posteriormente transcrita. O roteiro dessa entrevista semi-estruturada foi baseado em Carvalho e Piccinini (2006) e Piccinini et al. (2008). Por meio dessa entrevista, foram investigadas as expectativas e a vivência da maternidade, as percepções sobre a relação com o bebê, o parceiro e os familiares, questões relativas à descoberta e ao tratamento do HIV, assim como as repercussões dessa condição nas atividades diárias e na gestação e maternidade. Esses procedimentos compreenderam a *Fase 2* de coleta de dados.

Destaca-se que a coleta foi dividida nesses dois momentos para evitar sobrecarregar a jovem e dificultar a sua participação. Cada um dos encontros teve duração média de 20 e 40 minutos, respectivamente. Foi pago às participantes e a um acompanhante o valor do deslocamento até os serviços.

3.3. Análise de Dados

Foi realizada uma análise qualitativa do conteúdo das entrevistas, de acordo com a proposição de Lavelle e Dionne (1999). O processo de análise iniciou-se com o recorte de conteúdos de interesse a partir de sucessivas leituras das entrevistas. Por meio desses recortes, foram criadas as categorias analíticas e, finalmente, foram interpretadas as informações coletadas.

Laville e Dionne (1999) apontam que a análise de conteúdo é principalmente aplicada nos dados que se apresentam como discurso, o qual abrangem textos extraídos de diversos tipos de documento, como repostas obtidas em perguntas abertas. O princípio da análise do conteúdo é definido na demonstração da estrutura e dos elementos desse conteúdo, para esclarecer diferentes características e extrair a sua significação. A análise de conteúdo não obedece a etapas rígidas, mas sim a uma reconstrução simultânea dos achados a partir das percepções do pesquisador. Conforme os autores, as etapas do processo de análise de conteúdo envolvem o recorte dos conteúdos, a definição das categorias analíticas e a categorização final das unidades de análise.

Na etapa de recorte de conteúdos coletados, os dados são reorganizados a partir desses recortes, visando a melhor expressão da sua significação. Os recortes devem alcançar o sentido profundo do conteúdo ou passar ao largo das ideias essenciais. Os elementos vão sendo recortados e constituindo-se em unidades de análise, também chamadas de classificação ou registro. Essas unidades consistem em fragmentos do discurso manifesto, como palavras, expressões, frases, ou, ainda, em ideias referentes a temas recortados (Laville & Dionne, 1999). A partir do agrupamento desses elementos de conteúdo por parentescos de sentido, serão organizadas as categorias analíticas.

Para o presente estudo, foi adotado o *modelo misto* para a organização dessas categorias. Nesse modelo, as categorias são selecionadas no início, mas o pesquisador permite-se modificá-las em função do que a análise irá apontar. Assim, com base em quatro eixos temáticos definidos a priori (*Vida e crescimento, Relacionar-se primário, Matriz de apoio e Reorganização da identidade*), foram feitas leituras exaustivas das entrevistas das participantes, buscando alocar trechos das suas falas em cada um dos eixos temáticos acima referidos. Esse processo foi feito de forma independente pelas duas autoras. Eventuais discordâncias foram dirimidas por consenso. Nessa etapa usou-se o *modelo fechado*, conforme definido por Laville e Dionne (1999). Esse modelo pressupõe que o pesquisador decide *a priori* as categorias apoiadas em um ponto de vista teórico que submete frequentemente à prova da realidade.

De posse dessa primeira etapa de organização do material, buscou-se, dentro de cada eixo, a partir de sucessivas leituras, organizar subcategorias temáticas. Desse modo, nessa etapa do estudo, adotou-se o *modelo aberto* de análise, proposto por

Laville e Dionne (1999). Neste, o pesquisador elenca categorias a partir dos conteúdos evidenciados no material coletado. Novamente, o processo foi feito de forma independente pelas duas autoras e eventuais discordâncias foram dirimidas por consenso.

3.4. Considerações Éticas

As jovens e seus responsáveis assinaram um TCLE, que explicava o objetivo e os procedimentos da investigação e garantia o sigilo em relação à identidade. A participação no estudo foi gratuita e pode ser interrompida a qualquer momento sem qualquer prejuízo ao atendimento recebido nos serviços de saúde. A identidade das participantes não foi e nem será revelada em nenhuma publicação derivada desse estudo. Em caso de identificação de alguma dificuldade emocional, as jovens foram encaminhadas para o setor de Psicologia das instituições de saúde em que eram atendidas.

CAPÍTULO III

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo como base os eixos temáticos centrais da Constelação da Maternidade, propostos por Stern (1997), buscou-se examinar como os mesmos se manifestaram em discursos de mães jovens que descobriram a infecção pelo HIV durante a gestação ou parto. Nesse sentido, os resultados são apresentados a seguir divididos nesses eixos temáticos, que são explicados e ilustrados com falas das participantes a partir das subcategorias temáticas que emergiram na análise de conteúdo qualitativa realizada.

4.1. Vida e Crescimento

Em relação a este primeiro tema, a principal questão está relacionada com a preocupação materna, ou seja, a capacidade e as condições da mãe de manter o bebê vivo, além de promover o seu crescimento e desenvolvimento (Stern, 1997). Isto engloba preocupações em relação à saúde do bebê, amamentação, respiração, etc. Portanto, neste tema são evidenciados medos que integram a Constelação da Maternidade, tais como de que o bebê morra, pare de respirar, não coma, caia e se machuque ou até mesmo quando o bebê está bem, que não venha a desenvolver-se adequadamente. De outro modo, percebe-se o medo da mãe de não ser suficientemente protetora.

Considerando-se os discursos das jovens mães do presente estudo, verifica-se que elas apresentam uma série de preocupações quanto à saúde geral do bebê, a sua integridade física, bem como, de modo especial, quanto ao cuidado, ao crescimento e desenvolvimento e à saúde do bebê devido à presença do HIV.

Quanto à **saúde geral do bebê**, algumas preocupações foram relatadas por quase todas as mães, o que gerou medos e incertezas: *“Ah, ela já foi para o hospital porque ela estava com febre só, e eu fiquei com medo, porque me disseram que todo sinal de febre é infecção. Então eu corri para o médico com ela. Só estava gripadinha, daí me deram o remédio pra gripe”* (M2); *“Só teve catapora. Quando ela fica doente, aí eu fico muito preocupada”* (M3); *“A médica achou a cabeça dele um pouco maior que o corpo. E a moleira dele ainda não tinha fechado. Aí então ele vai fazer agora dia seis*

um exame pra ver se ele não tem macrocefalia. Mas tem uma pequena chance, muito pouca, dele ter, sabe? Pode ser que a moleira não tenha fechado, pode ser normal e a cabeça dele ser grande pela família. Mas aí, a gente se preocupa, né? Pode ser uma doença bem séria” (M4); “Ele tomou o Nestogeno, porque a gente não pode amamentar. Daí ele começou a ficar ruim, não queria mamar, aí fizeram os exames e descobriram que ele tinha intolerância à lactose. Tem intolerância à lactose, daí tem que cuidar as coisas que tu dá pra ele, tem que ser tudo de soja (...) Ele tem refluxo, que é o vômito que vem e não consegue vomitar. Ele se trata e toma remédio” (M9).

Também emergiram entre as mães discursos de **ausência de preocupação com a saúde do bebê**, que apresentou quadros clínicos comuns à idade, segundo elas: *“Só teve uma gripezinha bem normal, só um resfriado, com 20 dias. Cuido para não pegar uma gripezinha. Tanto que a gente ficou mais de um mês na praia e ele não teve nada, nem uma gripe, nem resfriado, nem dor de ouvido, nada.” (M1); “Só dor de ouvido e cólica” (M5); “Não, só bronqueolite mesmo” (M6).*

Nos relatos das participantes também ficou evidenciada uma **preocupação com a integridade do bebê**, particularmente, medo de que caísse e se machucasse: *“De alguém chegar perto dele e machucar ele, qualquer coisinha. Porque ele tinha três dias e o filho da minha cunhada veio e deu um soco da moleira dele. Eu quase morri! Ele ficou branquinho, branquinho. Ele veio com tudo e deu um soco na moleira dele, achei que ele iria morrer. Fiquei mal aquele dia todinho, enquanto não vi meu filho bem, ele voltar à cor normal, porque ele ficou branquinho. Então eu não deixo ele de jeito nenhum perto de criança, ele fica sempre comigo. Se alguém pega ele eu to em cima, tenho medo que alguém faça mal pra ele” (M8); “Preocupação que eu acho que é normal de mãe, às vezes... ele já caiu, né! Ele caiu uma vez do carrinho dele... Que às vezes eu tô dormindo e ele acorda e vai engatinhando, eu tenho medo de ele cair. Tudo normal, né?” (M9).*

Entretanto, destacaram-se entre as participantes, nos seus discursos, diferentes aspectos ligados ao tema Vida-Crescimento permeados pela presença do HIV. Nesse sentido, um tema proeminente no discurso das participantes foi o **impacto da descoberta do HIV durante a gestação sobre a sustentação da vida do bebê para além do parto**. Assim, uma das mães relatou ter ficado nervosa e com medo de morrer: *“Porque foi na gravidez que eu descobri que eu era soropositiva... Então eu fiquei muito*

nervosa que eu não conhecia nada sobre a doença, não sabia nada, achei assim que fosse a minha pena de morte” (M5)

A **impossibilidade da amamentação** foi motivo de preocupação para quase todas as jovens mães. Tal prática gerou sentimentos de tristeza, frustração e medo, especialmente frente à possibilidade de o bebê não se desenvolver bem em função disso, tanto fisicamente como emocionalmente: *“Agora, no início, eu fiquei bem, é uma coisa bem chata né, aquela coisa ‘Ah, por que tu não dá mamá no peito?’ . Daí eu falo que eu tive hepatite, não vou sair contando para o mundo inteiro, né? Mas agora eu acho, que nem a pediatra dele disse, que não mudou muito, que às vezes eu olho umas crianças que mamam ao nascer bem miudinhas, menores que ele, então eu pensava que ia influenciar no tamanho, no desenvolvimento dele, mas não, nada a ver (...) Ele está bem acostumado com a mamadeira” (M1); “Me incomoda muito, pois a vontade que eu mais tinha era de amamentar e não posso. (...) Se eu não tivesse HIV iria ser muito diferente! Porque para mim não faz diferença se eu tenho ou não tenho” (M3); “Eu me sinto muito mal! Muito mal. Todos os sentidos. Que nem eu sempre digo: eu sou mãe, mas eu não sou uma mãe completa. Porque falta, falta alguma coisa que a gente sabe o que é. É não poder amamentar. Seria melhor a nossa relação se eu amentasse. Sobre isso, não é só o amamentar ao seio, só o fato de tu estares alimentando ele já forma o vínculo, mesmo com a mamadeira! Claro, não é a mesma coisa” (M6); “É horrível ver todo mundo amamentando seu filho no seio e eu não. Era um desejo meu amamentar! Eu me sinto mal porque eu não posso dar mamá pra ele, coisa que eu queria fazer. Aí eu penso em outras coisas e me sinto bem. Tenho que pensar que meu filho não tem nada, tenho que dar graças a Deus por isso. Tenho que ser feliz” (M8); “Foi ruim [não amamentar]. Eu chorava até o início da gravidez. Fiquei tri abalada assim, bah, eu chorava um monte. E daí assim... ali pelos três mês eu caí na real e me acostumei...” (M9).*

Entretanto, essas preocupações quanto ao crescimento e desenvolvimento do bebê parecem ter sido amenizadas no momento da coleta de dados, já que as participantes mencionaram também **aspectos positivos em relação ao desenvolvimento e saúde do bebê**: peso e tamanho adequados, ser esperto e não ter dificuldades na alimentação e/ou com a mamadeira. Diante disso, evidenciou-se um sentimento de satisfação: *“Super bem, sempre, até ele passa o tamanho e o peso*

sempre, desde o início. Bem saudável, esperto. (...) Agora ele está hiperativo, tem que estar toda hora cuidando. Dorme a noite toda. Ele está bem, estabilizado, comportadinho. Carinhoso, gosta de atenção 24 horas. Se pega ele no colo e ele te abraçar e tu não abraçar ele, ele fica brabo. Ele faz carinho no rosto, ele é bem assim. Adora chamar atenção. Tosse para chamar atenção, ele grita. Toda vez que o pai dele chega ele fica 'ôôô' um tempo, até o pai dele pegar ele no colo. É bem divertido mesmo" (M1); "Normal, o peso, tamanho. (...) Seis meses, ela não engatinha. A minha mãe falou que nem eu, nem meu irmão engatinhamos, a gente caminhou direto, ela falou que é capaz de acontecer isso com ela também. Ela fica em pé, só que ela dá um passinho e senta cansada (...) Eu estou ensinando ela a cantar uma música (risos), sabe falar o 'aaa'. Daí ela fica 'aaaa'. Ela também já aprendeu a falar 'mamãe' brincando. Fala mamãe quando ela está em estresse: ou quando ela toma vacina ou quando tá no escuro. Daí ela 'mamãe' bem baixinho" (M2); "Está bem boa, come de tudo" (M3); "Bem, ótimo. Bem esperta" (M4); "Muito bom, ótimo! Desde que ele nasceu, só levei ele no hospital uma vez, que ele tava chorando muito, só que eram gases, cólica e dor de ouvido, só. Ele tá crescendo bem rápido, forte..." (M5); "Ótimo! Muito esperto, muito ágil. Não engatinha. De vez em quando eu o coloco no andador" (M6); "Tá bom, ela tá bem grande, bem gorda. Seis meses. Então ela já tá tentando sentar" (M7); "Tá ótimo, tá super saudável, graças a Deus!" (M8); "Desenvolvimento dele? Bem bom. Ele é uma criança bem agitada. (...) Ele é bem agitado, ele tá crescendo bem, tá se desenvolvendo super bem" (M9).

Sentimentos de **"indiferença"** por não poder amamentar os filhos também foram identificados, isto é, de ausência de frustração diante dessa impossibilidade, o que pareceu estar embasado no fato de se sentirem protegendo o bebê ao não oferecer a ele o seu leite, impedindo a transmissão vertical: *"Ah, eu não fiquei triste [por não amamentar]. Eu achei melhor não amamentar ela no peito do que tentar fazer e isso fazer mal para ela" (M2); "Não, não, isso não é tão difícil assim pra mim, sabe? Eu digo pra todo mundo que eu tomei muito remédio pra segurar ela. E todo mundo sabe o que eu passei nas duas gestações, que foi a mesma coisa, então eu tinha uma desculpa, né? Pra dizer o porquê que eu não podia amamentar" (M4); "Me sinto normal [por não amamentar]. Tranqüilo! Eu sei que é a melhor parte, né, depois que o bebê nasce,*

mas para mim está normal. Acho que era por não querer o bebê que foi normal, né” (M5).

A **busca de alternativas frente à impossibilidade de amamentação** também foi verificada, o que acarretou sentimentos de insegurança e dúvida frente à saúde do bebê: *“Mas também não gosto que a minha vizinha dê leite para ela (risos). Eu prefiro dar de mamadeira para ela. Ah, sei lá, eu não sei bem, né, como é. Eu sei que ela não tem AIDS, mas vai saber se não pega outra doença...”* (M2). Apenas uma mãe manifestou sua preocupação quanto à dificuldade da filha para tomar o leite em pó: *“Ah, ele toma mamá, come papinha, toma suco, água bastante. Almoça e janta, come frutas”* (M1); *“Alimentação normal. Toma café da manhã e almoça. Toma o leite dela. Desde o hospital, ela só toma mamadeira, só mamadeira”* (M2); *“Está bem boa, come de tudo”* (M3); *“Ela come tudo. Até pedra ela come!”* (M4); *“Por enquanto é só o leite e de vez em quando”* (M5); *“Come muito!”* (M6); *“Ah, ela tá tomando o Nestogen, mas ela nunca quer tomar muito, aí eu tô dando também leite de caixinha com Mucilon, eu intercalo”* (M7); *Tá ótima. Ele come bastante”* (M8).

Contudo, mesmo tomando os devidos cuidados frente à amamentação, emergiu nos discursos das participantes uma **preocupação com a transmissão vertical**. Analisando em conjunto os relatos das mães, foram identificados sentimentos de ansiedade, pânico e medo, denotando o quanto essa possibilidade representava uma ameaça para elas em relação à saúde e à vida dos seus filhos: *“A maior preocupação era transmitir o vírus para ele. Ele é só um bebê, né, coitadinho. Só, pensei no meu filho né, que é o mais importante. Ah, que ele não dá muitas preocupações, porque ele é super calmo. Com a saúde ele está sempre bem, graças a Deus. Cuidados normais com ele, ele dá as preocupações que qualquer mãe tem com seu filho”* (M1); *“Ai, eu fico nervosa [por não ter a confirmação do diagnóstico da filha]. Por ela não ter. (...) Eu acho que ela ainda tem [risco de se infectar]. Igual, ela nasceu de mim e eu só fiz o tratamento com oito meses. Ah, eu morria de medo que ela nascesse com algum problema, alguma coisa assim. Só tinha medo que tivesse qualquer problema. Tiveram que fazer até avaliação nela, avaliação psicológica. Eu fiquei em pânico, achando que ela iria nascer com problemas, por causa disso” [HIV]. Eu só fiquei com medo que ela nascesse com problemas, o único medo que eu tive era por ela”* (M2); *“Só em questão da saúde. Só se ela ficasse positiva”* (M3); *“Quando me falaram que eu estava com o*

vírus, né, HIV e que eles iam tentar fazer de tudo pra que o nenê não nascesse [com o vírus], então eu fiquei preocupada porque não sei se chegou a ter as quatro horas que eu tinha que ficar no soro. Eles botavam o remédio no soro e eu tinha que ficar no soro. Eu não sei se cheguei a ficar as quatro horas no soro, que eu tinha que ficar. Mas até agora deu tudo negativo” (M5); “Sim, várias [preocupações]. Logo depois que eu descobri a doença, [preocupação] de passar para o meu filho. Foi a principal de todas (...). Quando ele [médico] me falou, a primeira coisa que eu pensei foi no meu filho. Perguntei para ele quais eram as chances de eu não passar para o bebê. Aí ele disse: tu tem todas as chances de não passar, só que eu vou ter que te encaminhar para um lugar que tu vais ter que te tratar. Aí foi aonde ele me encaminhou para cá. (...) A principal [preocupação] é de ele ter contraído [o vírus]. É a principal, é a que me dá mais dor de cabeça. Tipo, se ele se machuca eu fico...Mas o HIV não, o HIV é pra toda a vida!” (M6); “[Preocupação] Só em relação á contaminação, mas acho que ela não vai estar... Mais isso. Só isso por enquanto [risos]. Cresce um pouquinho e tem que ter mais preocupações” (M7); “Bah, eu chorava dia e noite, rezando pra que ele não pegasse nada. Daí eu vinha aqui e o que me acalmava era a assistente social. Aí ela falava: ‘B., calma, nenhum bebê pega [HIV], não é o teu que vai pegar!’, daí eu falava ‘Ai, não sei, tenho medo, nunca passei por isso!’. Era ela que me acalmava quando eu vinha aqui. Teve até um livro que ela me deu. (...) Só essa [preocupação] de passar alguma coisa pro meu filho (...) O exame deu negativo, agora só tem mais um pra fazer. Mas ela [a pediatra] falou pra mim que como o exame de depois que ele nasceu deu negativo, o segundo e esse de agora deu negativo, não tem porque o quarto dar positivo. É, é difícil. Mas nem quero pensar nisso, não vai dar nada de errado!” (M8).

Nesse sentido, em sua maioria, as mães expressaram **apreensão e expectativa quanto aos resultados dos exames** já realizados para a detecção da carga viral do bebê: “Sim, é esse exame que ele já fez. HIV eles não fazem porque certamente vai dar positivo, porque ele tem meus anticorpos, não que ele esteja [infectado], até ele ir eliminando todos os meus anticorpos vai aparecer o HIV. Um aninho e meio, para ver se vai ter ou não ter” (M1); “Já [fez exame de carga viral]. Deu negativo. Os três! Só falta um” (M3); “Acho que a cada mês que aumenta é um exame de sangue novo para ver se não veio nada, né (...) Eu fiz exames, mas por enquanto não deu nada” (M5); “Já! Já fez dois. O segundo eu vou ver hoje, né! O primeiro foi ótimo!” (M6); “Sim,

acho que 3 ou 4, não, fez 3. (...) Sempre foi negativo” (M7); “Sim [já fez exame de carga viral]. Tem um outro no próximo mês” (M8); “Já fez. Uns três já fez. E deu tudo negativo” (M9).

As jovens mães mencionaram estar acompanhando os seus filhos em **atendimento pediátrico especializado**, embora essa não tenha sido a situação encontrada na totalidade dos casos, já que também se verificou ausência de exames e acompanhamento na rede básica de saúde: *“Não, ele [pediatra] não é especialista. Ainda não. Era para eu vir marcar hoje” (M2); “Só com o infecto” (M3); “Não [fez exame]. Tem que fazer” (M5); “Sim, é a médica daqui [serviço de saúde especializado]” (M8); “Ele faz [acompanhamento] aqui no hospital, mas é só até um ano. Só até um ano, daí é o último exame, daí ele fica só no posto” (M9).*

Contudo, mesmo sem acompanhamento especializado, todas as mães relataram ter feito ou ainda estar fazendo o **tratamento profilático** dos seus bebês para o HIV: *“O xaropinho de AZT, por 42 dias” (M1); “Aí eu continuei tomando e ela tomou o AZT” (M3); “Ela tomou um xarope” (M4); “Tava tomando remédio, ainda tá tomando uns remedinhos. Tomara que dê certo...” (M5); “Ele continuou tomando o AZT (...). Agora é só fazer acompanhamento para ver se precisa tomar remédio... Ver se precisa iniciar o tratamento para controlar” (M6); “Ele tomou um xaropinho até os três/quatro meses mais ou menos e daí depois ele fez os exames, deu tudo negativo e ele foi cortado” (M9).*

As mães também falaram sobre as eventuais **repercussões do HIV nos cuidados diários do bebê**, em geral não percebendo qualquer problema. Todavia, algumas particularidades, no sentido de maior cuidado com algumas situações, foram evidenciadas: *“Eu só tenho mais cuidados em algumas coisas, como eu não gosto que cheguem animais perto nele, e eu já sou chata ao natural com ele, então eu acho que nada mudou muito além do normal não. Não, nunca. Ele é bem apegado a mim. A gente tenta ser feliz com ele e fazer tudo o que a gente puder para deixar ele à vontade. A gente se entretém com ele, a gente pensa principalmente nele para tudo, então a gente se cuida, tudo certo e deu. O resto é bobagem!” (M1).*

Em relação ao eixo temático **Vida e Crescimento**, a partir dos relatos das jovens mães que vivem com o HIV, pode-se observar um conjunto de atitudes e

comportamentos que as caracterizam como um grupo que merece atenção e cuidados especiais em nível psicológico. Isso porque, embora os sentimentos e as preocupações por elas descritos sejam normais e façam parte, segundo a proposição de Stern (1997), da Constelação da Maternidade, foi observada preocupação acentuada nos seus discursos em relação à saúde de seus bebês, sobretudo no que tange à presença do HIV e suas consequências.

Sentimentos de pânico, angústia, ansiedade e medo diante de um bebê frágil, superproteção e cuidados às vezes excessivos, concomitantemente a sentimentos de incapacidade de ser uma boa mãe e, como consequência disso, o bebê apresentar problemas no seu desenvolvimento, foram registrados pelas participantes, características que são também comuns a mães saudáveis e associadas à condição materna em geral, ainda mais em se tratando de primíparas (Winnicott, 1999). A maternidade, por si só, já envolve um longo processo de responsabilidades, desde o oferecimento de condições básicas adequadas para criar um filho, passando pela sua saúde e formação educacional na adolescência e vida adulta. Assim, verifica-se que a maternidade, seja na presença ou ausência de outras doenças, acarreta profundas mudanças de ordem psicológica, social e familiar, que parecem determinar o novo papel exercido pela mãe e mulher na sociedade (Maldonado, 2000).

Contudo, pela condição clínica particular das participantes desse estudo, foi observada uma elevada preocupação nos seus discursos em relação à saúde de seus bebês, sobretudo no que tange à transmissão vertical, fato já observado na literatura. Kwalombota (2002) observou que mulheres de Zâmbia que tinham conhecimento prévio da infecção pelo HIV reportavam maior ansiedade perante a possibilidade de transmitir o vírus para o bebê, enquanto que aquelas que descobriram essa condição durante a gestação apresentaram sinais de depressão e desordens somáticas.

O amor, o cuidado e a adaptação de um bebê recém-nascido são sentimentos e tarefas que fazem parte do ser mãe e, muitas vezes, tornam-se estressantes para as mulheres, sobretudo para as primíparas (Rappaport & Piccinini, 2011). E, para essas jovens mães, inicia-se, também de forma antecipada, um conjunto de novos compromissos na nova vida, como a preocupação com a capacidade e a necessidade de cuidar, a adaptação a novos horários e responsabilidades, todos associados às exigências decorrentes do nascimento do bebê (Rappaport & Piccinini, 2011) A promoção de

adequadas condições de crescimento e desenvolvimento do bebê, a sua proteção e a criação de uma relação afetiva e verdadeira com ele surgem de forma precoce na vida da jovem mãe, e se somam à necessidade de esta ter que lidar com outras condições simultâneas: a adolescência e a infecção pelo HIV.

Apesar da justificada preocupação das jovens mães entrevistadas em relação ao medo dos bebês serem infectados, com exceção de um caso, havia sido diagnosticada a ausência de infecção nos demais. Entretanto, as mães ainda se sentiam inseguras quanto ao diagnóstico e o sentimento de aflição ainda era evidente em seus discursos. Pesquisas tem destacado tal preocupação em gestantes portadoras do HIV, em que estas referem medo de que o bebê seja infectado durante o parto, bem como demonstram preocupação com a sua saúde (Carvalho & Piccinini, 2006; Coelho & Mota, 2005; Moura & Praça, 2006). Deste modo, os receios relativos à sobrevivência e à integridade física dos bebês parecem estar associados (e serem reforçados) à incerteza sobre a sua real condição clínica.

Na literatura, constata-se, em gestantes e mães portadoras do HIV, a presença de sentimentos de culpa e medo, que acarretam sofrimento psíquico importante (Carvalho & Piccinini, 2006; Gonçalves, 2007). Segundo Carvalho e Piccinini (2006), este comportamento refere-se à culpa por colocar o filho em risco e o medo de infectá-lo e, em consequência disso, ele vir a morrer, fatos também referidos pelas jovens mães entrevistadas neste estudo.

As diversas preocupações relativas ao tema *Vida e Crescimento*, referidas por Stern (1997), fazem parte do processo materno e dos cuidados com a prole. Nesse sentido, todas as participantes ressaltaram o impacto da descoberta do vírus HIV e a preocupação com a sustentação da vida do bebê, fatos que geraram nelas grande sofrimento e receio de morrer e de que o mesmo acontecesse com a criança. Assim, percebe-se que a infecção da jovem mãe pelo vírus HIV promove um quadro clínico que exige cuidados e, de fato, impõe riscos tanto para ela como para o bebê.

Para a jovem mãe, o próprio fato de ser adolescente/jovem já se constitui um risco. A literatura aponta que a gravidez na adolescência pode trazer problemas para a saúde da mãe e do bebê, causados, sobretudo, pela imaturidade fisiológica que a adolescente apresenta durante a gestação (Godinho et al., 2000). Há alta incidência de repercussões clínicas e sociais em adolescentes grávidas que às expõem a riscos, entre

os quais figuram como principais a desnutrição, a hipertensão arterial, a depressão pós-parto, a obesidade e a anemia, entre outros (Gontijo & Medeiros, 2004). Em relação ao bebê, problemas como prematuridade, baixo peso ao nascer, morte perinatal, transtorno de desenvolvimento, baixo quociente intelectual e morte na infância estão entre os mais comuns nesta condição (Aquino-Cunha et al., 2002; Gama et al., 2001). Contudo, no presente estudo, tais condições parecem ter sido sobrepujadas pela presença do HIV.

Outro aspecto importante de ser ressaltado neste estudo foi a boa adesão das jovens mães infectadas às estratégias de controle clínico da saúde de seus filhos, representada pela consulta com médicos especialistas, bem como pela realização do tratamento profilático, com administração de medicamentos (por exemplo, de AZT) para a prevenção da transmissão vertical, o que estava resultando em baixa taxa de infecção do vírus. Estes fatos identificam, claramente, o cuidado dispensado pelas jovens a seus filhos durante a gravidez e período pós-natal, fato também observado em mães saudáveis adultas e já referido na literatura sobre maternidade no contexto do HIV (Carvalho & Piccinini, 2006; Gonçalves, 2007). Desse modo, constata-se que as mães estavam cumprindo o papel de cuidado que faz parte da maternidade e são englobados no tema Vida e Crescimento.

Outro fato a ser destacado neste estudo foi a amamentação dos bebês, assunto que parece ter causado grande impacto emocional, no que, mais uma vez, percebe-se a concordância com a literatura sobre mães adultas que vivem com HIV/aids (Carvalho & Piccinini, 2006). Assim, nos relatos das jovens mães infectadas, foi notável o seu sofrimento diante da não amamentação de seus filhos. Sentimento de tristeza, frustração e até a preocupação de que o filho não pudesse se desenvolver adequadamente foram relatados pelas participantes. Algumas delas referiram o intenso desejo de amamentar os seus bebês, atitude que, por recomendação da equipe de saúde, foi completamente evitada. Como consequência disso, várias mães referiram incompletude da maternidade e medo em relação à qualidade do vínculo estabelecido com o bebê.

Como destacado na literatura, a infecção pelo vírus HIV contraindica a amamentação, sendo adotados inclusive alguns procedimentos profiláticos, como a administração de inibidores de lactação e a colocação de faixas/bandagens nas mamas (Brasil, MS, 2010). Contudo, essa situação se mostra paradoxal para a mãe, podendo influir na experiência da maternidade: ao mesmo tempo em que se vê impedida de

alimentar seu filho no seio, ela sabe da importância do leite materno para o desenvolvimento do sistema imunológico da criança, e o quanto a amamentação pode contribuir para o relacionamento mãe-filho. Assim, a presença do HIV impõe-se como um paradoxo diante desses imperativos sociais a respeito da amamentação, ainda mais em se tratando do início da vida, já que a amamentação no seio até os dois anos de idade é altamente estimulada e recomendada, sendo amplamente divulgadas as suas vantagens para as crianças (Brasil, MS, 2010). Os riscos e benefícios implicados nessa proibição são temas de debate acirrados na comunidade científica internacional, em função dos dilemas nutricionais enfrentados principalmente pelos países da África subsaariana (Coutsoudis, 2005), em que a proibição da amamentação no seio levaria à morte dos bebês por subnutrição e por infecções ocasionadas pelas más condições de higiene, fatos obviamente mais graves do que uma eventual infecção pelo vírus HIV.

Embora as jovens mães entrevistadas no presente estudo tenham demonstrado preocupação quanto ao desenvolvimento dos seus bebês, elas também referiram ter consciência de que não podiam amamentá-los no seio, preservando-os assim de uma possível infecção. Concomitantemente, relataram estar tranquilas pelo fato dos mesmos fazerem uso da mamadeira e alimentação industrializada e apresentarem bons indicadores de saúde (peso e estatura corporal normais, ausência de doenças, entre outros). Interessantemente, Moreno, Rea e Felipe (2006) ressaltam que a não amamentação de mães infectadas pelo vírus HIV, além de impedir a transmissão vertical, parece proporcionar às mães a isenção de culpa, o que se mostra benéfico nesse contexto.

Considerando todos esses discursos relativos à preocupação e ao cuidado das jovens mães HIV+, percebe-se que a transmissão do vírus para o bebê gera um cenário de muita ansiedade, expectativa, pânico e medo, preocupações estas que, segundo a literatura, causam uma ameaça importante para as mães quando a infecção pelo vírus é descoberta e a sua gravidade conhecida (Ingram & Hutchinson, 2000). Todo este cenário promove um impacto psicológico muito intenso (Azevedo, 2004; Kwambota, 2002), o que justificaria um acompanhamento psicológico nesse momento.

Apesar das mães adolescentes entrevistadas neste estudo terem descoberto majoritariamente a infecção pelo vírus HIV durante a gravidez ou o parto, a realização do tratamento profilático durante o pré-natal pode ter sido determinante para a não

transmissão do vírus aos bebês, embora esta possa ocorrer até os dois anos de idade, fato que ainda as preocupava. A literatura ressalta nesse sentido que há evidências empíricas que, mesmo sem qualquer intervenção, a taxa de transmissão vertical do HIV é de aproximadamente 25% (Connor et al, 1994). Contudo, no Brasil, um estudo observou que a realização do pré-natal e a observação das recomendações para a prevenção do vírus reduz significativamente o risco de transmissão (Nishimoto, Neto & Rozman, 2005).

Diante dos depoimentos das jovens mães entrevistadas no presente estudo, que souberam da infecção pelo vírus HIV na gravidez, e considerando ainda a possibilidade dos bebês estarem infectados, pode-se ressaltar que as mães seguiam suas vidas fazendo o possível pelos seus bebês, mostrando serem responsáveis e aprendendo a lidar com a presença do vírus. Concluindo-se o tema *Vida e Crescimento*, cabe ressaltar que as preocupações com a integridade física do bebê e sua saúde em geral, referidas pelas participantes, não são exclusivas deste contexto (mães jovens que vivem com o HIV), sendo, ao contrário, segundo Stern (1997), observadas em todos os tipos de gestação. O destaque aqui foi dado às repercussões do HIV sobre a saúde e o desenvolvimento do bebê, devido à presença dessa condição clínica materna.

4.2. Relacionar-se Primário

A segunda categoria, conforme Stern (1997) refere-se ao envolvimento emocional da mãe, à sua capacidade de amar e compreender o bebê de forma suficientemente recíproca e autêntica de afeto, o que, quando desenvolvido adequadamente, facilita o desenvolvimento psíquico da criança. Nesta perspectiva, a partir das entrevistas realizadas neste estudo, foram identificados relatos de cuidado adequado do bebê nos primeiros meses de vida e do estabelecimento de uma relação afetiva harmoniosa com ele, por meio de referências a sentimentos de amor, à realização de brincadeiras com bebê e, ainda, à ausência de momentos de afastamento mãe-bebê.

Nos discursos das jovens mães, percebe-se que foram salientados **aspectos positivos referentes ao relacionamento com o bebê**, com destaque para sentimentos de amor e cuidado: “*Eu acho que eu sou uma boa mãe, até por eu poder fazer tudo para agradar ele, tudo que ele precisa, até demais às vezes. (...) A minha mãe diz: ‘Tu não dorme mais direito, só pensa nele!’*” (M1); “*Eu acho que sou uma boa mãe. Ah,*

mas também eu acho que eu mimo ela demais, eu faço tudo o que ela quer” (M2); “Eu sou uma mãe louca! [risos]. Aquela mãe que quer dar tudo para a criança, que acha que a criança é boneco mesmo, que faz gato e sapato” (M3); “Eu acho que, como mãe de primeira viagem, estou me saindo muito bem! Estou louca que chegue o dia das mães só! [risos]. Depois que ele nasceu não ganhei mais nada!” [risos] (M5); “Super mãe! [risos] Aquela que faz tudo pelo filho, tudo, tudo” (M6).

As participantes também mencionaram as **brincadeiras** realizadas com os bebês, parecendo estabelecer uma interação sensível e recíproca com seus filhos: *“Brinco toda hora” (M1); “Sim. Ah, eu converso com ele! Se ele faz ‘ahhh’, eu faço ‘ahhh’. Eu pego na mãozinha dele e faço ele fazer força para se levantar. Eu boto ele no chão, ponho ele em pé, porque eu tenho um cachorro que fica olhando para ele, daí eu faço assim [gesto com a mão] e o cachorro vai embora e ele abre um sorriso... Ai, a cara dele, como é fofo!” (M5); “Brinco bastante” (M7).*

Outro aspecto que indica um sentimento positivo no que se refere à relação com o bebê foi a **ausência de momentos de separação entre mãe e bebê** até o momento da coleta de dados. Nos casos em que isso já havia acontecido, foi possível verificar uma dificuldade das mães de se afastarem temporariamente de seus filhos: *“Ah, eu sou bem ciumenta, tenho muito ciúme dele, às vezes eu não deixo nem a minha sogra sair com ele, mas isso não é só com minha sogra, é com minha mãe, todo mundo. E eu não fico muito tempo longe dele. (...) Eu acho ele [bebê] muito novinho para ficar longe de mim. Quando ele tiver os seus seis, oito meses, eu vou adaptar ele, eu vou tentar botar ele até numa creche. Sair em festas só daqui um tempo, né, porque eu não deixo ele, é pequeno ainda” (M1); “Eu não fico longe dele, é muito difícil. Aonde eu vou, ele vai comigo. Qualquer lugar eu levo ele junto. Primeiro é porque ele é meu primeiro filho e vai ser o único” (M8); “Ah, não fico muito [longe do bebê]. Muito difícil ficar longe dele, porque eu não to trabalhando, daí eu não fico longe dele” (M9). Para as jovens mães, o afastamento/separação do bebê desperta sentimentos de falta e saudade: *“Eu sinto muita falta dela, porque, quando eu estou com ela, é isso aqui o dia inteiro [bebê faz gracinha]” (M3); “Sinto [falta do bebê]. Ai, quando chega em casa... é aquela festa, né! Aquela bagunça toda! Complicados [momentos de separação]! Complicados porque eu saio de casa às 5 horas da manhã. E volto só 14:30, 14:40 da tarde. Sinto uma falta dele!” (M6); “Muito ruins [os momentos em que fica longe da filha]. Eu sinto**

bastante falta dela” (M7). Além disso, separar-se do bebê significa ter que deixá-lo aos cuidados de outra pessoa, e compartilhar o cuidado do bebê se mostrou uma situação difícil para algumas mães: *“Sou uma mãe preocupada... Meio chata, não é com qualquer um que eu deixo ele, que eu deixo pegar. Uma mãe que mima bastante”* (M9). *“O [pai do bebê] diz que é pra eu largar ele mais, porque, quando ele for caminhar com as próprias pernas dele, ele vai sempre se machucar, porque eu não deixo ele fazer nada, não deixo ele na volta, não deixo ninguém pegar, senão to sempre na volta. Não deixo ele sozinho nunca. Não deixo nem o pai dele pegar ele, muito raro”* (M8).

Quanto ao tema ***Relacionar-se Primário***, os relatos das jovens mães que vivem com o HIV revelaram aspectos positivos do envolvimento e do cuidado do bebê, bem como da relação estabelecida com ele. Sentimentos de amor e dedicação ao bebê foram observados, além de alegria e satisfação das jovens mães com os momentos de brincadeira, o que demonstra uma interação mãe-bebê sensível e harmoniosa. Assim, tais comportamentos indicam, segundo Stern (1997), a capacidade de amar o filho, de sentir e assumir o papel materno.

De fato, as jovens mães, ao mencionarem “faço de tudo por ele”, “brinco muito com ele”, “sou super mãe”, deixam claro o estabelecimento de um vínculo mãe-bebê positivo, já que ressaltam a sua aceitação e preocupação com o cuidado do bebê. Tal postura foi definida por Winnicott (1957, 2000) como “preocupação materna primária”. Segundo o autor, a maneira não verbal, pré-simbólica e espontânea utilizada com o bebê, que se identifica nos primeiros anos de vida, representa tal estado materno. Essa condição se caracteriza por um estado de muita sensibilidade para as mães e requer um trabalho psicológico intenso, uma vez que não é algo natural. No presente estudo, foi observada essa condição especial de cuidado e de interação vivida pelas jovens mães com os bebês por meio de uma relação afetiva e cuidadosa. Considera-se que esse achado é extremamente relevante, pois, para o autor, o estabelecimento da preocupação materna primária permite ao bebê revelar suas tendências de desenvolvimento, experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase de sua vida. Assim, por meio dos cuidados, da interação e do investimento emocional no bebê, identificados nessa categoria temática e na anterior, é possível perceber que os

filhos das jovens mães do presente estudo estavam contando com condições adequadas para o seu desenvolvimento.

Segundo Stern (1997), após o nascimento de um bebê, especialmente quando ele é o primeiro, a mãe entra numa nova organização psíquica, o que vai determinar uma série de novas tendências de ações, sensibilidades, fantasias, medos e desejos. A duração dessa organização é temporária, podendo se estender por meses ou até por anos, mas, seja qual for essa duração, ela se torna o eixo organizador dominante da vida psíquica da mulher, ficando de lado organizadores anteriores, tais como o complexo edípico. Nesse sentido, como refere Stern, a experiência materna envolve uma série de adaptações. Esse achado ficou aparente nas entrevistas das jovens mães participantes do presente estudo, que demonstraram ter desenvolvido responsabilidades, mesmo que precocemente, ao se envolverem nas tarefas de cuidado dos filhos e nutrirem por eles sentimentos de amor e preocupação. O fato de elas se mostrarem como as principais cuidadoras do bebê e se adaptarem à rotina e aos cuidados dele denotam um forte vínculo. Assim, verifica-se que, apesar da pouca idade, a capacidade de enfrentar uma gravidez em um contexto de risco coloca um novo sentido à vida. Nessa direção, no estudo de Wesley, Smeltzer, Redeker, Walker, Palumbo e Whippie (2000), em que foi investigada a maternidade de norte-americanas adultas portadoras do vírus HIV com filhos de até 2 anos de idade, foram observados sentimentos positivos frente à maternidade. As mães adultas referiram encontrar um novo sentido à vida, percebendo que a maternidade seria um meio de suprirem as suas necessidades e de identificação dos filhos como uma extensão de si mesmas. Desse modo, os achados do presente estudo corroboram aqueles encontrados com mães adultas HIV+.

Particularmente quanto à dificuldade das jovens mães de se afastarem do bebê, devido a sentimentos de falta e saudade, essa mostra-se comum às mães em geral (Lopes, Alfaya, Machado, & Piccinini, 2005). O receio de deixar o bebê aos cuidados de outras pessoas, nessas situações de afastamento temporário, poderia caracterizar uma sensibilidade emocional da mãe, resultante da sua intensa identificação com o seu bebê (Winnicott 1956/2000; Stern, 1997). Contudo, no caso do presente estudo, pode-se pensar que tal dificuldade se mostre exacerbada devido à condição de saúde gerada pela presença do HIV. Muitas vezes essa condição não é conhecida pela família, o que impede falar abertamente sobre os cuidados de saúde necessários para o bebê (como o

tratamento profilático), despertando receio da separação, mesmo que temporária. Assim, não somente pela culpa por uma provável transmissão do vírus, a dificuldade de afastamento também pode se agravar pela impossibilidade de fazer as devidas combinações quanto ao tratamento e cuidado do bebê com a pessoa que tomará conta dele durante a ausência da jovem mãe. Percebe-se, novamente, como a presença do HIV acaba impondo algumas particularidades também no relacionamento das mães jovens com seus bebês.

4.3. Matriz de Apoio

Em relação à terceira categoria, o foco centra-se na necessidade da mãe de poder criar, permitir, aceitar e regular uma rede de apoio protetora para manter o bebê fisicamente e emocionalmente bem (Stern, 1997). A matriz de apoio deve não apenas proteger a mãe fisicamente, mas também prover as suas necessidades vitais e, por um tempo, afastá-la das exigências da realidade externa, para que ela possa dedicar-se às tarefas com o bebê. A segunda e principal função da matriz de apoio, conforme Stern, é mais psicológica e educativa, já que a mãe vai precisar sentir-se cercada de apoio, valorizada, acompanhada, instruída e ajudada para o exercício do cuidado materno, o que inclui o respeito à sua cultura. É importante que a mãe primípara necessite mais de uma mãe ou avó do que do marido. A nova mãe, que foi cuidada por uma mulher, no caso, a sua mãe, vai precisar buscar uma figura materna como parte principal da matriz de apoio quando tiver o seu bebê. Assim, esse aspecto da Constelação da Maternidade confere muita importância aos discursos que ilustram a relação da mãe com a sua própria mãe, em especial a mãe de sua infância.

Verificando os relatos das jovens mães entrevistadas, encontrou-se em sua maioria referência a alguma forma de apoio da família, seja como ajuda para cuidar do bebê, seja como aceitação, preocupação, diálogo e maior proximidade a partir da gravidez, dentre outros, o que gerou sentimentos de satisfação nas participantes. Foram também identificados alguns membros componentes da matriz de apoio das jovens, com destaque para os familiares mais próximos. Contudo, também foram observados relatos de apoio mais restrito ou mesmo insatisfatório, o que gerou sentimentos de ressentimento por parte das jovens mães. No que se refere ao **apoio recebido**, as falas das participantes demonstraram maior união e proximidade, maior e melhor convivência

após a gravidez e o nascimento do bebê, bem como cuidado dos familiares para com elas e o bebê: *“Mudou para melhor. É, a gente ficou mais unido, mais do que já era. Sim, ela [a mãe] está sempre ligando, ou eu ligo para ela. É que agora a gente está até mais afastada porque ela está trabalhando, fazendo horas extras, aí fica mais difícil porque ela mora lá em [outra cidade] (...). Mas fora isso está tudo normal, tudo bem bom. (...) É bem tranquilo. Eles me entendem, eu entendo eles. Tudo certo”* (M1); *“Eu acho que não [mudou a relação a partir da gravidez]. Só que a gente ficou um pouco mais longe, porque eu morei em várias cidades, fui indo sabe? Mas depois eu sempre volto para lá, né? (...) Com minha mãe sim [continua como antes]. A minha mãe baba nela assim, direto, então não tem muita diferença. O que ela babava em mim, ela baba nela. (...) Sim, um pouco mais de preocupação [com ela por parte da mãe dela], porque ela diz assim ‘agora tu tem uma filha pra criar!’, então ela tá sempre em cima, né, sempre vendo o que eu tô fazendo [risos]. Sempre cuidando, né”* (M2); *“Agora eles não reclamam, não brigam de mais nada”* (M3); *“Mudou mais ainda! [risos] [a relação após o nascimento do bebê]. Mudou, pois agora eles estão mais apegados ao bebê do que a mim. Eles tinham aqueles adesivinhos no carro, em que tinha minha mãe, meu pai e minhas duas irmãs, agora tem o bebê também!”* (M5); *“Mas agora, depois que o bebê nasceu, todos os dias a gente se vê. [risos] (...) Sim, mora bem pertinho da minha casa. (...) Melhorou 100%. [risos] Já melhorou durante a gravidez e depois que ele nasceu... Melhorou ainda mais. Muito tranquilo, a gente acabou ficando bem mais próximos, sabe? Não tem aquela coisa... Se eles me ligarem? Se eles não me ligam, eu to ligando [para eles]. Se eles não forem na minha casa eu to indo lá. Bem assim sabe?”* (M6); *“Depois que eu fui embora e ganhei a nenê, melhorou, a gente se fala mais”* (M7); *“... e agora que o neto dele veio, ele me procura mais. Mas meu pai é tudo pra mim. Ele nunca me criou, nunca me deu um abraço, mas eu sei que a hora que eu precisar eu posso contar com ele. (...) Bah, meu pai é minha vida, meu pai e meu filho”* (M8); *“Ah, no início da gravidez eles meio que ficaram meio assim, né? Foi um susto, né? Mas depois, normal. (...) Agora é bom. Tanto pra mim, quanto pra eles. O bebê é tudo pra eles. Deus me livre eles ficarem um dia sem ver o S.!”* (M9).

Quanto às pessoas que compõem a sua matriz de apoio, as participantes indicaram diferentes **membros da família**, demonstrando receber auxílio para com o cuidado do bebê e sentindo-se realizadas e satisfeitas com o auxílio recebido: *“Ajuda*

[avó]. Ela cuida dela quando precisa. Ela que me dá passagem para eu vir, para pegar. Se não dá pra eu vir, ela manda meu irmão” (M2); “[Pais ajudam] Muito, meu pai vai todo dia lá incomodar ela e minha mãe quase todo dia também” (M3); “Ajudam [com o bebê]. Tipo, se eles vão na minha casa e eu to muito atarefada com almoço, janta, eles vão lá fazem mamadeira, trocam a fralda, dão banho nele, se for preciso. Sim, quando eu tenho que fazer alguma coisa” (M8); “E ajudam. Minha mãe fica com ele às vezes, até dorme com ele às vezes. Ajuda bastante” (M9).

Somente uma mãe dentre as participantes pareceu **não sentir segurança frente à ajuda recebida para o cuidado do bebê**: “Eu prefiro deixar ele na minha mãe, porque lá não tem nada, só ele e a minha mãe. (...) Eu saio e to toda hora ligando pra ela. Eu e meu marido toda hora no telefone ligando pra ela” (M8). Contudo, relatos de uma **ajuda mais restrita dos familiares** para o cuidado do bebê também foram observados, sendo este tratamento interpretado com certo ressentimento pelas mães, embora tendo a sua compreensão frente à situação: “Mais ou menos. Eu acho que a responsabilidade é minha e do pai dele. Vô e vó têm que dar presente, porque se fosse para sustentar seria fácil ter filho né? Então, vô e vó, só presente mesmo. Quando eles quiserem dar, não que a gente peça [risos]” (M1); “Hum, sim! De vez em quando sim, quando a minha mãe não trabalha ela vai ali em casa, mas... (...) é, hoje eles tão com ela, mas os dois trabalham, então não têm muito tempo, assim” (M4); “Sim [ajuda com o bebê]. Mas agora ela foi embora pra longe, agora ela não me ajuda muito. (...) Ela voltou pro interior” (M7).

Os achados deste estudo relativos ao tema **Matriz de Apoio** indicam que todas as jovens mães avaliadas neste estudo referiram a importância da constituição de uma rede de apoio para acompanhamento do bebê desde o seu nascimento. O apoio por elas referido foi dado principalmente pelos seus pais e companheiro, estando elas, de modo geral, satisfeitas com o apoio recebido. Esse achado concorda com os de estudos anteriores, realizados com gestantes e mães adolescentes, que referem parceiro e familiares como as principais fontes de apoio (Sarriera & Moreira, 2008; Levandowski, Barth, Munhós, Rödde, & Wendland, 2012).

Segundo Stern (1997), após o nascimento do bebê, a mãe encontra-se em um estado de regressão, que é caracterizado por um profundo realinhamento psíquico e

resultante da necessidade de adaptações frente aos seus novos papéis. E o principal envolvimento psicológico ativo, além do bebê, é geralmente ligado à figura materna, ou seja, há a necessidade de haver uma figura que possa ser “mãe da mãe”, dada as imensas demandas impostas pelo bebê. As jovens mães avaliadas no presente estudo, de certa forma, revelaram ter esse apoio familiar, seja da mãe, do pai ou mesmo de outro membro da família, como a avó. Na literatura, é referida a importância crucial que tem esta rede de apoio, sobretudo para as mães primíparas, por ficarem mais vulneráveis, em virtude das muitas dúvidas que emergem relacionadas aos cuidados do bebê (Stern, 1997, 1999; Winnicott, 1956/2000). Sem a constituição desta rede de apoio, as mães podem sentir-se desamparadas, inseguras e até mesmo incapazes de lidar com seus filhos.

Para as jovens mães avaliadas no presente estudo, a constituição da matriz de apoio foi positiva, inclusive porque decorreu de mudanças no relacionamento familiar promovidas pela gestação e nascimento do bebê, como a aceitação dos pais e maior proximidade e diálogo. Apenas uma das participantes pareceu não se sentir muito segura com a ajuda recebida da mãe, referindo que ela e o marido ligavam sistematicamente para saber sobre o bebê. Embora este tenha sido um fato isolado, pode-se especular que talvez o modo como sua mãe a cuidou e como esta foi cuidada por sua avó, esteja na origem de sua insegurança quanto ao cuidado dispensado por ela para o bebê. Da mesma forma, a insegurança e preocupação demonstradas pelo companheiro de uma das jovens podem estar na origem do problema de insegurança referido pela jovem, relacionado ao cuidado de seu filho.

Outras participantes manifestaram o apoio dos próprios pais, embora nem sempre estes estivessem fisicamente presentes. A literatura refere que a mãe necessita de uma figura que esteja ao seu lado, mas que não interfira na sua relação com o bebê, pois uma mãe é naturalmente capaz de ser mãe e deve-se evitar a intervenção na sua relação com o filho (Winnicott, 2000). Por vezes, a mãe precisa descobrir que é capaz e sentir-se forte e confiante. Nesse sentido, a sensação da presença de um apoio pode ser mais eficiente do que a presença concreta e intrusiva, ainda mais em se tratando de jovens e adolescentes, que, por questões desenvolvimentais, encontram-se em busca de sua autonomia frente à família (Levandowski et al., 2008).

De uma forma geral, percebe-se neste estudo que a maioria das jovens mães infectadas pelo vírus HIV contou com uma matriz de apoio adequada, constituída por membros da família e pessoas mais experientes no cuidado de crianças, culminando com uma maior aproximação aos seus próprios pais e com uma satisfação frente ao apoio recebido. Contudo, não se pode esquecer que relatos de apoio mais restrito também foram encontrados, o que pode acarretar em um sentimento de solidão da jovem, embora esse não tenha sido explicitamente detectado no presente estudo.

4.4. Reorganização da Identidade

O quarto e último tema da Constelação da Maternidade refere-se à preocupação da mãe quanto a sua capacidade de transformar e reorganizar a sua identidade, tendo em vista o desempenho das funções maternas, que abrangem as suas vivências como filha, como mãe, as desenvolvidas com as figuras parentais, e que podem modificar a sua identidade anterior, como profissional ou não, para mãe de família (Stern, 1997). Conforme Stern, essa reorganização da identidade é necessária para que a nova mãe possa alterar os seus investimentos emocionais, sua distribuição de tempo e energia, bem como suas atividades em geral. Entretanto, essa nova identidade como mãe, progenitora e mãe de família, exige um novo trabalho mental, para o qual a mulher deve dispor de modelos, sejam eles negativos ou positivos. Assim, é esperado que ela reviva a longa história de suas identificações com a própria mãe e com outras figuras parentais.

Os achados do presente estudo apontaram para sentimentos de alegria e completude frente à maternidade, apesar do reconhecimento da responsabilidade e do estresse que envolve o cuidado de um filho. Interessante observar que as jovens mães também fizeram referência a planos futuros, apresentando uma noção da identidade vinculada ao papel materno, mas sem desconsiderar projetos pessoais. Já no que tange aos modelos parentais das participantes e suas vivências como filhas, verificou-se tanto relações familiares pouco próximas, conflituosas e até mesmo instáveis antes da gestação, como relações harmônicas e próximas.

De fato, em relação às vivências das jovens mães como filhas, foram relatadas **relações pouco próximas, conflituosas e até mesmo instáveis com a mãe e/ou pai**, o que muitas vezes resultou em abandono: *“Antes da gravidez [a relação] era bem boa, melhor com meu pai do que com a minha mãe. Mas aí meu pai traiu minha mãe e foi*

embora, aí eu fiquei com mais amizade com minha mãe, porque ele largou todo mundo de mão, não quis nem visitar nem nada, nunca quis” (M2); “Era boa e ao mesmo tempo era ruim. Tudo era motivo de eles me reclamar e brigar” (M3); “Eu sempre morei com a minha mãe, desde pequena. Aí eu brigava muito com ela. Aí ela mandou eu morar com meu pai, meu pai biológico, que abandonou minha mãe na praia. A minha mãe me mandou morar com ele acho que, né, sei lá, acho que ela tava cansada de mim também, eu incomodava muito desde pequena. Mas não por questão de usar drogas, fugir, incomodava mesmo em casa, daí ela ganhou minha outra irmã e ficou muito pesado pra ela e fui morar com ele. Daí eu fui pra casa da minha mãe, e ela ficou com medo de me deixar lá com ela, né? (...) Aí minha mãe me levou pro Conselho Tutelar. A minha mãe e meu padrasto me deram minha festa de 15 anos, revinculação com minha mãe. Revinculação tipo, cuidava de mim e da minha mãe para ver como é que tava, pra eu voltar pra casa. (...) minha mãe falava, ligava toda hora, pra mim não pegar frio, porque era inverno né! Pra eu andar com a minha barriga tapada, porque eu sempre gostei de andar de barriga de fora. (...) Antes, quando eu fui morar com o meu marido, eu usava droga, mas eu estava em casa, eu tinha uma casa, eu tinha um marido, daí eu comecei a me aproximar um pouquinho mais, eu ligava, eu ia lá ver eles, estava me aproximando aos poucos. (...) Era o que eu sempre quis né, mas não tinha como porque eu estava sempre na rua, sempre fugia. E quando eu estava naquela situação, de estar na rua, usar droga, não queria que a minha mãe me visse. Eu só ligava para ela” (M5); “Antes da gravidez, era bem amigável, mas tipo, eles na casa deles, eu na minha, a gente pouco se procurava. A gente se falava mesmo mais era por telefone” (M6); “Com a minha mãe não era muito boa, aí eu fui embora de casa. Eu comecei namorar e não gostava do meu padrasto, aí eu não me dava muito bem” (M7); “Sempre foi ruim [relação com pais]. (...) que nem meu pai só quando eu tinha 18 anos ele veio me procurar, antes ele não me procurava (...) Minha mãe não é tanto, o que ela fez não se faz. Dar uma filha. Minha mãe teve 7 filhos. O único que tá com ela é o P. de 16 anos, o resto ela deu tudo, nenhum gosta dela. Eu que fui burra de ter voltado pra casa e ajudado ela, porque queriam expulsar ela de casa. Todo mundo fala que eu fui filha. E ela não foi mãe, todo mundo diz isso”. (M8).

Por outro lado, emergiram alguns relatos de uma **relação tranqüila e harmônica**, que sofreu influência da passagem da adolescência, o que resultou em

discussões e brigas aparentemente mais freqüentes entre as jovens e seus familiares: *“Eu morava com a minha mãe e com o meu padrasto desde pequena. Então, eu tive uma fase, dos meus 13 aos 15 anos, em que eu era chata. Ficava discutindo com a minha mãe, mas acho que é normal. Antes de eu ficar grávida era tudo normal. Eu acho que a gente entende mais o que eles passam com a gente. Que a gente sempre acha que eles são chatos, que são isso, que são aquilo, mas na verdade eles têm razão em tudo. A gente só entende quando é mãe mesmo, daí não dá para questionar muito, né. Aí a gente vê o quanto a gente é imaturo às vezes, fala besteira. Normal, quem não fala besteira né?”* (M1); *“Normal. É, a gente sempre se deu bem”* (M4); *“Sempre normal [a relação com os pais]. Adolescente, às vezes brigando, normal”* (M9).

Já no tocante à identidade pessoal, foi possível perceber nos relatos das jovens mães **mudanças expressivas em suas vidas**, associadas à maternidade. De um modo geral, as participantes relataram sentir alegria e completude com a maternidade, apesar de reconhecerem a responsabilidade e o estresse que envolve o cuidado de um filho: *“Ah, eu tenho bem mais responsabilidades. Mas agora nunca me imagino sem eu dar atenção 24 horas para ele”*. (M1); *“Melhor, muito melhor do que antes. É que agora tenho mais motivos para fazer qualquer coisa que eu vá fazer. Mudou para melhor. Melhorou tudo, porque antes dela nascer, tipo, eu era bem superficial. Tudo o que todo mundo via, eu rindo, brincando, não era real, porque em casa eu não ria, não brincava, não era nada do que eu era na rua. Agora eu não consigo ficar sem rir, é só eu olhar para ela que eu já começo a rir, brincar com ela. Mudou bastante. Ela me trouxe bastante felicidade. (...) No geral, tudo o que mudou, eu to bem melhor”* (M2); *“[Mudou] Muito! Só dou risada agora! [risos]. É muito raro ver eu braba”* (M3); *“Ai, bem... eu to me sentindo muito bem, mas é bem estressante, é bem cansativa. É uma rotina totalmente diferente de trabalhar, estudar, que é o que eu fazia antes. É bem puxada. A gente achava ruim trabalhar e estudar o dia inteiro e agora ser mãe é o dobro! [risos]”* (M4); *“Na realidade eu não tinha paciência nenhuma com criança, eu queria muito ser mãe só que não tinha paciência. Eu achava que ia ser diferente: ‘Ah vou só ganhar [o bebê], vou voltar a trabalhar, vou largar meus filhos na creche, não to nem aí’. Pra te falar bem a verdade eu pensava assim antes. Mas depois que ele nasceu mudou... ficou muito diferente. Meu pensamento mudou muito. O mais importante é ter seu filho do lado, de estar cuidando, dando carinho, abraçando,*

beijando, mordendo, brincando. Filho da gente é tudo! Tu pode ter qualquer probleminha, mas com teu filho do lado tu consegue te levantar” (M6); “Mudou. Pra melhor. (...) Me sinto bem. Só dificulta o colégio, essas coisas, porque eu tenho que ir pro colégio, porque sou ainda menor de idade. (...) Sim [a chegada da filha foi positiva]. Porque eu queria ter um nenezinho, porque gosto de criança” (M7); “Mudou pra melhor. É o meu anjinho. (...) Eu nunca tive tantos motivos na vida pra rir quanto agora, minha única alegria é ele. (...) Sim, trouxe só alegria, melhorou em todos os aspectos. Por isso, eu não deixo ele com qualquer um [chora]. Eu só sei que quero cuidar dele, só sei disso” (M8); “Normal. No início, até eu amadurecer, eu ficava um pouco chateada, via todo mundo sair, eu só tinha que ficar em casa. Agora não, agora eu já acostumei” (M9).

Além da reorganização da identidade atual, as jovens mães também relataram **expectativas a respeito do futuro**, mencionando seus planos pessoais e profissionais, isto é, apresentaram uma ideia de identidade futura: *“O melhor de tudo é dar um futuro bom para minha filha, que é a parte que eu mais fico focada, poder dar tudo o que ela me pedir, ir lá batalhar e dar para ela. Isso é o principal de tudo. O resto tudo é bobagem. [risos] O importante é ela” (M3); “Eu desejo criar meu filho, to louca para levar ele pela primeira vez no colégio. Trabalhar, ser formada em cabeleireira e manicure, eu acho que eu posso conseguir alguma coisa com isso e, sei lá... ter uma vida normal.... Ah, e orientar meu filho, né, quando estiver naquela fase de pegação e namorada e isso e aquilo, né?! Não desistir porque de HIV ninguém morre, ninguém morre. E se focar no filho, que a melhor coisa que tem é se focar no filho. Ver que ele precisa de ti, porque pode ter muita gente querendo cuidar dele, dando ajuda, mas é só de ti que ele precisa. Só de ti, do teu toque, do teu carinho, da tua voz, é só disso que ele precisa. Acho que é isso, né filho?” (M5); “Mas quero estudar, meu sonho é ser bióloga. Aí eu quero estudar e tentar, vamos ver, né?” (M7); “Criar meu filho, ter minha própria casa pra não depender de ninguém, trabalhar pra sustentar meu filho. Eu pretendo arrumar um serviço agora, quando ele ficar maiorzinho, pra eu poder dar tudo o que ele quer, tudo o que ele pedir e eu poder dar. Quero começar a trabalhar pra ter condições de cuidar dele sozinho” (M8).*

Como se pode perceber nesta categoria, *Reorganização da Identidade*, as jovens mães HIV+ demonstraram a necessidade de transformação e reorganização da sua identidade a partir da maternidade. Esta reorganização da mulher exige um trabalho mental, pois ela deixa de ser o ponto central, na figura de filha, e passa a assumir um novo papel, agora como mãe. Essa “nova” mãe vai passar de profissional para mãe de família, de esposa para progenitora, etc., papéis esses que decorrem da construção de uma nova família. Essa reorganização de identidade é necessária para que a mãe altere os seus investimentos emocionais e, a partir das suas relações anteriormente vividas como filha, defina a sua identificação como mãe (Stern, 1997). Dessa forma, as participantes demonstraram vivenciar esse processo de forma semelhante a mulheres adultas na transição para a maternidade.

Pode-se observar que a maioria das jovens mães definiram-se como boas mães, preocupadas e dedicadas aos cuidados de seus bebês, mas também realizadas, desfrutando as alegrias e encantos da maternidade. Esses achados contrastam com o predomínio de relatos de uma grande instabilidade na relação com pais, principalmente com a mãe, antes da gravidez, o que resultou em sentimentos de tristeza e solidão. Assim, se pode pensar que talvez as participantes tenham tido contato com outros modelos parentais nos quais estavam pautando o seu modo de ser mãe. Por outro lado, essa diferenciação entre o vivido como filha e o vivido no papel de mãe pode ter sido promovida pelo momento de vida em que se encontram, a adolescência/juventude, que pressupõe justamente essa diferenciação e individuação em relação aos pais (Blos, 1996).

Todavia, também se pode verificar que as jovens entrevistadas mencionaram situações de conflito e discussão que fazem parte de um quadro típico da relação pais-filhos adolescentes, o que poderia indicar que o relacionamento com seus pais não era de todo ruim, mas sim foi afetado pela passagem dessa fase da vida. A literatura ressalta que a adolescência é uma etapa de transição entre a infância e a fase adulta, na qual há a necessidade do adolescente elaborar a sua forma de ser (autoconhecer-se). Devido a isso, ele é confrontado com a necessidade de escolhas e definições (Rappaport, 1995).

Nesse sentido, verifica-se nos discursos das entrevistadas, que mesmo com a passagem da adolescência e com a ocorrência de relacionamentos conflitantes com os pais, após o conhecimento e aceitação do estado de gravidez, passou a haver maior

proximidade e diálogo entre elas e seus familiares. Esse fenômeno também foi observado por Levandowski (2005), em estudo que verificou que, após a gravidez, movimentos psíquicos característicos da terceira individuação são identificados em mães jovens, embora originalmente digam respeito à idade adulta. Assim, a maternidade promove uma identificação com os próprios pais que tende a sobrepujar o movimento de diferenciação da adolescência, o que pode explicar essa reaproximação da jovem com a família.

Nessa perspectiva, a mudança de postura e opinião foi ressaltada por uma das jovens, que referiu serem chatos os pais quando da sua adolescência, mas que agora eram compreendidos, quando do exercício do papel materno. Este comportamento evidencia claramente a ocorrência da reorganização emocional e identitária experimentada pelo surgimento da gravidez. Este fato faz emergir a representação e importância dos modelos exercidos pelos pais ou figuras parentais. Estes modelos, positivos ou negativos, serão determinantes desta transformação (Stern, 1997).

No tocante à identidade pessoal, de um modo geral, as mães referiram sentir alegria e completude com a maternidade e exaltaram a responsabilidade que tinham em relação aos bebês, embora seja esta última característica (responsabilidade) pouco esperada na fase da adolescência. Também referiram o estresse que envolve o cuidado com o bebê, de certa forma incrementado pela vigência do HIV e a necessidade de maiores cuidados. Estes sentimentos positivos desenvolvidos relativos à maternidade são reportados na literatura, e são bem representados pelo desejo manifesto de algumas adolescentes de engravidar, assim como pelos relatos positivos da experiência de ser mãe nesta fase da vida, em que a gravidez é definida, por algumas adolescentes, como uma boa e gratificante experiência (Levandowski et al., 2008). Segundo Levandowski et al., (2008) algumas das jovens que apresentam esta concepção consideram a gravidez como um projeto de vida, pois esta parece ter um papel importante na sua comunidade. A autonomia proporcionada pela gestação e maternidade faz com que ganhem um novo *status*, inclusive como forma de mostrar à família (pais, namorado/companheiro) que podem ser donas de seu “próprio nariz”. Todos esses aspectos contribuem e influenciam na sua reorganização identitária.

Relativamente ao futuro, pode-se verificar nas entrevistas com as jovens mães, que o seu desejo é de que seus filhos tenham um futuro estruturado, com acesso à

formação pessoal e profissional, diferentemente do seu passado. Algumas das jovens mães sequer tinham o Ensino Fundamental completo; entretanto, pensavam num futuro melhor para elas e os filhos, incluindo a maior escolarização. Interessantemente, nas camadas economicamente mais favorecidas da população, a adolescência é considerada um período da vida no qual os jovens deveriam, na medida do possível, explorar ao máximo, sobretudo as possibilidades de formação, antes de tomar decisões que exijam maior comprometimento, como escolher uma profissão, casar e ter filhos (Erikson, 1968/1976). Porém, a maternidade na adolescência traz consigo uma série de expectativas e responsabilidades que limitam essas possibilidades de exploração, ao mesmo tempo em que institui um novo papel e uma nova faceta da identidade (Rangel & Queiroz, 2008; Carvalho et al., 2009).

De qualquer modo, esses achados concordam com aqueles encontrados em um estudo qualitativo realizado no contexto da maternidade na juventude na vigência do HIV, com oito participantes gaúchas, no qual foi constatada uma visão positiva a respeito da maternidade, relacionada à satisfação com o papel materno e à realização pessoal (Ritt, 2013). Naquele estudo, tanto a condição de gravidez como a de maternidade serviu como um incentivo para o seu autocuidado, o que também foi demonstrado na investigação conduzida por Vescovi et al. (2014). Nesse sentido, pode-se evidenciar que a presença do HIV parece servir como um incentivo para a busca de uma condição favorável às mães e aos seus bebês. Esse panorama concorda com as idéias de Winnicott (1956/2000; 1999), para quem a gravidez é um período em que a mulher se prepara para deixar realizações pessoais de lado, passando a focar a sua barriga e o ser que está dentro dela. Assim, a experiência materna envolve uma série de adaptações biopsicológicas ao longo da gestação, mas também para além dela.

CAPÍTULO IV

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse estudo foi investigar os discursos de mães adolescentes que vivem com o vírus HIV, tendo-se como referência a Constelação da Maternidade proposta por Stern (1997), que é baseada na trilogia: *o discurso sobre a sua própria mãe, o discurso sobre si mesma como mãe e o discurso sobre o bebê*, os quais são divididos nos quatro eixos propostos pelo autor, que são: *Vida e Crescimento, Relacionar-se Primário, Matriz de Apoio e Reorganização da Identidade*. Em especial, procurou-se compreender como a infecção pelo vírus HIV influenciou na experiência de ser mãe jovem.

Embora a maternidade na adolescência seja considerada uma situação de vulnerabilidade social, as experiências relatadas pelas jovens mães entrevistadas neste estudo parecem ter sido, em geral, positivas para a reestruturação emocional e indenitária desencadeada nas jovens pela gravidez, fato já reportado na literatura tanto em mulheres adultas como jovens. Em relação ao tema *Vida e Crescimento*, foi intensamente enfatizado pelas mães a preocupação com a saúde e desenvolvimento do bebê que, embora sendo parte normal do processo materno, mostrou-se exacerbada nesta população, sobretudo pelo medo constante de transmissão vertical. Já sobre o tema *Relacionar-se Primário*, foi possível observar um forte vínculo emocional entre as participantes e seus bebês, mesmo na presença de situações complexas ligadas ao cotidiano familiar, como também da própria condição de imaturidade das jovens mães.

A importância de se ter alguém para apoiar as mães, após o nascimento do bebê foi abordada no tema *Matriz de Apoio*. A constituição desta rede, composta pelos pais e avós, entre outros membros da família, é importante para que a mãe possa se sentir protegida, instruída e valorizada para poder se restabelecer emocionalmente, frente a uma nova etapa da vida, com seus desafios e novos afetos. Interessantemente, a constituição desta rede de apoio e a satisfação com o apoio recebido foram referidas por grande parte das jovens mães entrevistadas neste estudo.

Já no que tange ao tema *Reorganização da Identidade*, que trata do papel materno que a mãe terá que exercer a partir da reorganização de sua identidade, em que terá que agregar uma nova dimensão: a maternidade. A mãe passa a desempenhar uma

nova identidade, de filha para mãe, reorganizando os seus investimentos emocionais, importante para o seu papel de mãe de família. A necessidade de modelos é importante nesse contexto da maternidade, visto que ela vai reviver histórias de identificação com a sua própria mãe e outras figuras parentais/maternais em busca de modelos necessários.

A partir desses achados, percebe-se que o presente estudo permitiu a investigação de aspectos subjetivos de mães jovens que vivem com o HIV, contribuindo para preencher uma lacuna encontrada na literatura. Por meio dessa investigação, verificou-se que, em decorrência dos inúmeros problemas e do medo causado pela presença do HIV, as jovens mães revelaram um intenso sofrimento psíquico ao se saberem infectadas pelo vírus. Além de ter gerado ansiedade e medo da transmissão vertical, a nova realidade vivida desencadeou um conjunto de cuidados especiais, quer em relação às suas atitudes como cuidadoras, quer no relacionamento com as pessoas que compõem a sua matriz de apoio (pai, mãe, marido, etc...).

Assim, com o intuito de minimizar as intercorrências associadas à presença simultânea das condições de gravidez, adolescência e soropositividade para HIV, várias estratégias poderiam ser organizadas, sobretudo no ambiente escolar, como oficinas temáticas e orientação psicológica. Temas como sexualidade e adolescência, DST e relacionamentos interpessoais na família, com ênfase na relação pais e filhos, deveriam ser preferencialmente abordados por profissionais da área da saúde. Além disso, sessões individuais de aconselhamento direcionadas a pais e alunos deveriam ser introduzidas por profissionais da área da psicologia, de forma preventiva ou mesmo terapêutica (para aqueles que já convivem com problemas desta natureza). O aconselhamento tem como objetivo cuidar dos aspectos emocionais, tendo como foco a saúde sexual, a saúde reprodutiva e a avaliação de vulnerabilidades, na perspectiva dos direitos humanos. Sendo esta prática uma opção de intervenção, ela deve privilegiar o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo. Para além das estratégias preventivas educacionais, psicológicas, os órgãos governamentais necessitam considerar as adversidades que as famílias com HIV/aids enfrentam.

Nesse sentido são importantes às políticas públicas para se elaborar projetos e estratégias de intervenção preventivas, para promover o apoio a essas mães jovens HIV+. Assim, com os achados deste estudo sobre a realidade vivida por essas jovens mães, as necessidades e desafios que enfrentam com o diagnóstico do HIV/aids, as

dificuldades, medo e ansiedade que enfrentam após o nascimento do bebê sob o risco de que eles também venham apresentar a infecção, podem contribuir para os profissionais da área da saúde que apresentam atendimento a essa clientela.

Contudo, é importante destacar que este estudo apresenta algumas limitações, entre as quais se destaca o número reduzido de participantes em cada um dos centros investigados. Caso esta investigação fosse estendida a todos os centros especializados de Porto Alegre, contemplando um número maior de jovens. Assim, como sugestão para novos estudos, recomenda-se a realização adicional de avaliações quantitativas (ex: questionários e escalas), que possam apresentar um panorama mais abrangente e objetivo da realidade das jovens mães infectadas pelo vírus HIV.

REFERÊNCIAS

Abdalian, S. E., & Wright, K. L. (2000). Helping young mothers with HIV. *FOCUS, A guide to AIDS research and counseling*, 15(2), 5-8. Aebi-Popp, K., Rudin, C., & Elzi, L. (2012). Pregnancy

Almeida, M. C. C., Aquino, E. M. L., & Barros, P. (2006). School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals. *Cadernos de Saúde Pública, Vol 22 (número 7)*, 1397-1409.

Aquino-Cunha, M., Queiroz-Andrade, M., Tavares-Neto, J., & Andrade, T. (2002). Gestação na adolescência: Relação com baixo peso ao nascer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 24(número 8), 513-518.

Azevedo, V. C. C. (2004). Gravidez soropositiva. In M. C. Prado (Org.), *Mosaico da Violência: A perversão da vida cotidiana* (pp. 193-240). São Paulo: Vetor.

Blos, P. (1996). *Transição Adolescente: Questões Desenvolvimentais*. (M. R. Hofmeister, Trad.). Artmed. Porto Alegre. Original publicado em 1979.

Braghetto, A. C. M., & Carvalho, A. M. P. (2013). Narrativa de mulher, mãe, infectada pelo HIV. *Saúde & Transformação Social*, 4(1), 47-52.

Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Boletim Epidemiológico DST/AIDS e Hepatites Virais*. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Brasil. UNFPA (2013). Situação da População Mundial. Maternidade precoce enfrentando o desafio da gravidez na adolescência. Site consultado: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2013.pdf> e www.unfpa.org.br/.../669-gravidez-na-adolescencia-e-tema-do-relatorio-...29/10/2013. Acesso 15 nov 2014.

Brasil. Ministério da Saúde (2012). *Boletim Epidemiológico AIDS/DST*. Ano VIII (1), 27^a a 52^a semanas epidemiológicas: Julho a Dezembro de 2010 - 01^a a 26^a semanas epidemiológicas: Janeiro a Junho de 2011. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de AIDS e DST. Dezembro 1, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde (2010). *Recomendações para a Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais p.122-123. Séries Manuais n° 46.

Cabral, C. S. (2003). Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 283-292.

Camargo, G. (2002). Ops, engravidei! Extra Classe - o jornal do SINPRO/RS, 67, 19 - 21.

Carniel, E. F., Zanolli, M. L., Almeida, C. A. A., & Morcillo A. M. (2006). Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 6 (número 4), 419-426.

Carvalho, G. M., Merighi, M. A. B., & Jesus, M. C. P. (2009). Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18(número 1), 17-24.

Carvalho, F. T., & Piccinini, C. A. (2006). Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em Psicologia*, 10(2), 345-355.

Castro, C. M. (2001). *Os sentidos da maternidade para gestantes e puérperas vivendo com HIV*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Coelho, D.F. & Mota, M. G. (2005). A compreensão do mundo vivido pelas gestantes portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV). *Revista Gaúcha da Enfermagem*, 26(1), 31-41.

Connor, E. M. Sperling, R.; Kiselev, P., Scott, G., O'Sullivan, M., VanDyke, R., Bey, M., Shearer, W.; Jacobson, R., Jimenez, E., O'Neill, E., Bazin, B., Delfraissy, J. Culnane, M., Coombs, R.; Elkins, M.; Moye, J.; Stratton, P. & Balsley, J. (1994). Reduction of maternal-infant transmission of Human immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine treatment. *New England Journal of Medicine*, 331(18), 1173-1180.

Coutsoudis, A. (2005). Breastfeeding and the HIV positive mother: The debate continues. *Early Human Development*, 81 (número 1), 87-93.

Diaz, J., & Diaz, M. (1999). Contracepção na adolescência. In N. Schor, M. S. F. T. Mota & V. Castelo Branco (Orgs.), *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento* (Vol. 1), 249-257. Brasília: Ministério da Saúde.

Erikson, E. H. (1976). *Identidade, juventude e crise*. (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1968).

Ethier, K. A., Ickovics, J. R., Fernandez, M. I., Wilson, T. E., Royce, R. A., & Koenig, L. J. (2002). The Perinatal Guidelines Evaluation Project HIV and Pregnancy Study: Overview and cohort description. *Public Health Reports*, (117) 137-147.

Estela, M. L., Aquino, E. M., Heilborn, M. L., Knauth, D., Michel Bozon, M., Almeida, M. C., Araújo, J., & Menezes, G. (2003). Adolescência e Reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(supl.2), 377-388.

Esteves, J. R., & Menandro, P. R. M. (2005). Trajetória de vida: Repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. *Estudos de Psicologia*, 10(3), página inicial-página final.

Ferrari, A. G. (2003). *Tornar-se mãe: A constituição da maternidade da gestação ao primeiro ano de vida do bebê*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Fonseca, A. L. B., & Araújo, N. G. (2004). Maternidade precoce: Uma das consequências do abandono escolar e do desemprego. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(2), 16-22.

Freitas, G. V. S., & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(3), 245-249.

Gama, S.G.N.; Szwarcwald, C.L.; Sabroza, A.R.; Branco, V.C. & Leal, M.C (2004). Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidade no município do Rio de Janeiro. 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 101-111.

Gama, S. G. N., Szwarcwald, C. L., & Leal, M. C. (2002). Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cadernos de Saúde Pública*, volume(18), 153-161.

Gama, S. G. N., Szwarcwald, C. L., Leal, M. C., & Theme-Filha, M. L (2001). Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, de 1996 a 1998. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 74-80.

Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5ed. São Paulo: Atlas.

Godinho, R., Schelp, J., Parada, C., & Bertencello, N. (2000). Adolescentes e grávidas: Onde buscam apoio? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(2), 25-32.

Gontijo, D. T., & Medeiros, M. (2004). A gravidez/maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 3(6), página inicial-página final.

Gonçalves, T. R.; Piccinini, C.A. (2007). Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/Aids. *Psicol. USP* v.18 n.3 São Paulo set. 2007

Gonçalves, T. R. (2006). *Experiência da maternidade no contexto do HIV/AIDS aos três meses de vida do bebê*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, UFRGS. Porto Alegre/RS.

Gradim, C. V. C., Ferreira, M. B. L., & Moraes, M. J. (2010). O perfil das grávidas adolescentes em uma unidade de saúde da família de Minas Gerais. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 13(1), 55-61. Disponível em: aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/505, acesso 18 nov 2014.

Hercowitz, A. (2002). Gravidez na adolescência. *Pediatrica Moderna*, 38(8), 392-395.

Hoga, L. A. K., Borges, A. L. V., & Reberte, L. M. (2010). Razões e reflexos da gravidez na adolescência: Narrativas dos membros da família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(1), 151-157.

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

Ickovics, J. R., Wilson, T. E., Royce, R. A., Minkoff, H. L., Fernandez, M. I., Fox-Tierney, R., & Koenig, L. J. (2002). Prenatal and postpartum zidovudine adherence among pregnant womem with HIV: Results os a MEMS substudy from the Perinatal Guidelines Evaluation Project. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30(3), 311-315.

Kaplan, E. B. (1996). Black teenage mothers and their mothers: the impact of adolescent childbearing on daughters' relations with mothers. *Social Problems*, 43 (4), 427-444.

Kassar, S. B., Lima, M. C., Albuquerque, M. F. M., Barbieri, M. A., & Gurgel, R. Q. (2006). Comparação de condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 6, 397-403.

Kwalombota, M. (2002). The effect of pregnancy in HIV-infected women. *Aids Care*, 14(3), 431-433.

Lamounier, J. A., Moulin, Z. S., & Xavier, C. C. (2004). Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. *Jornal de Pediatria*, 80(Supl. 5), 181-188.

Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A Construção do Saber. Manual de metodologia de pesquisa em Ciências Humanas*. Belo Horizonte/Porto Alegre: UFMG/Artmed.

Levandowski, D. C., Barth, B., Munhós, A. A. R., Rödde, A. C., & Wendland, J. (2012). Apoio familiar e gestação na adolescência: um estudo qualitativo com adolescentes do Vale dos Sinos/BR. *Revista Interamericana de Psicología*, 46(2), 297-306.

Levandowski, D. C. (2011). MÃMAE, EU ACHO QUE ESTOU...LIGERIAMENTE GRÁVIDA: uma reflexão sobre a gravidez na adolescência. *Desafios Psicossociais da Família Contemporânea – pesquisas e Reflexões*. Wagner, A. et all. Ed. Artmed. Porto Alegre

Levandowski, D. C., Piccinini, C. A., & Lopes, R. C. S. (2008). Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(2), 251-263.

Levandowski, D. C., & Piccinini, C. A. (2002). A interação pai-bebê entre adolescentes e adultos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2(15), 413-424.

Lima, C. T. B., Feliciano, K. V. de O., Carvalho, M. F. S., Souza, A. P. P., Menabó, J. B. C., Ramos, L. S., Cassundé, L. F., & Kovács, M. H. (2004). Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 4, 71-83.

Lopes, R.C.S.; Alfaya, C.; Machado, C.V.; Piccinini, C.A. (2005). "No início eu saía com o coração partido...": as primeiras situações de separação mãe-bebê†. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. V.15 n.3. São Paulo.

Machado, R. C. A., & Paula, L. G. (1996). Gravidez na adolescência. *Acta Médica*, 6, 257-264.

Maldonado, M. T. (2000). *Psicologia da gravidez*. (16^o edição). São Paulo: Saraiva.

Martins, P. O., Trindade, Z. A., & Almeida, Â. M. O. (2003). O ter e o ser: Representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 555-568.

Melo, M. T. (2001). Estar grávida na adolescência: um estudo realizado no Hospital Regional de São José - SC. *Psicologia & Sociedade*, 13 (1), 93-106.

Meloni, A.; Tuveri, M.; Floridia, M.; Zucca, F.; Borghero, G.; Gariel, D.; Melis, G.B. (2009). Pregnancy care in two adolescents perinatally infected with HIV. *AIDS Care*, v. 21, n. 6, p.796-98, June

Minagawa, A. T., Biagoline, R. E. M., Fujimori, E., Oliveira, I. M. V., Moreira, A. P. C. A., & Ortega, L. D. S. (2006). Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 548-554.

Moreno, C.C.G.S., Rea, M.F. & Filipe, E.V. (2006). Mães HIV positivo e a não amamentação. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife: 6(2), 199-208.

Muza, G. M., & Costa, M. P. (2002). Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes: o olhar dos adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (1), 321-328.

Nishimoto, T.M.I.; Neto, J.E. & Rozman, M.A. (2005). Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51(1), 54-60.

ONUSIDA (2006). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006. Ginebra: ONUSIDA; 2006. <http://www.unaids.org/es>

Paiva, S. S., & Galvão, M. T. G. (2006). Gravidez em adolescentes com infecção pelo HIV/aids. *Revista de Enfermagem UERJ*, 14(4), 586-592.

Paiva, M.S. (2000). Vivenciando a gravidez experienciando a soropositividade. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo. São Paulo.

Piccinini, C. A., & Ribeiro, T. G. (2007). Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/Aids. *Psicologia USP*, 18(3), página inicial-página final.

Rangel, D. L. O., & Queiroz, A. B. A. (2008). A representação social das adolescentes sobre a gravidez nessa etapa da vida. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12, 780-788. [Links]

Rappaport, C.; Piccinini, C.A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*. V.16. N 2. P.215-225. Maio/Agosto.

Rappaport, C. (1995). Encarando a adolescência. São Paulo: Ática.

Rigoni, E., Pereira, E. O. D. S., Carvalho, F. T., & Piccinini, C. A. (2008). Sentimentos de mães portadoras de HIV/aids em relação ao tratamento preventivo do bebê. *Psico-USF*, 13(1), 75-83.

Ritt, G. C. (2013). *Maternando na Presença do HIV: As experiências de mães jovens Gaúchas*. Trabalho de Conclusão de Curso (não publicado). Psicologia. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Sabroza, A. R., Leal, M. C., Souza Jr., P. R., & Gama, S. G. N. (2004). Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro (1999 - 2001). *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (1), S130-137.

Santos, I. M. M., & Silva, L. R. (2000). Estou grávida, sou adolescente e agora? Relato de experiência na consulta de enfermagem. In: F. R. S. Ramos, M. Monticeli, & R. G. Nitschke (Orgs.), *Projeto Acolher: Um Encontro de Enfermagem com o Adolescente Brasileiro* (pp. 176-182). Brasília: ABEn/Governo Federal.

Sarriera, J.C.; Moreira, M.C. (2008). Satisfação e Composição da Rede de Apoio Social a Gestantes Adolescentes. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 13, n. 4, p. 781-789, out./dez.

Silva, P. A. (2003). *A (in)certeza da vida: representações sociais de gestantes soropositivas ao HIV/Aids sobre o nascimento de seu filho(a)*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em enfermagem. Universidade do Rio de Janeiro, RJ- Brasil.

Silva, A. A., & Camargo, N. L. (2005). Repercussões negativas de gravidez na adolescência - Revisão de Literatura. *Revista Científica de Psicologia*, VI(11). Disponível em <http://www.revista.inf.br>, acesso em Novembro 2014.

Souza Jr., P. R. B., Szwarcwald, C. L., Barbosa Jr., A., Carvalho, M. F., & Castilho, E. A. (2004). Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo sentinela-parturiente. *Revista de Saúde Pública*, 38(6), 764-772.

Simões, C. C. da S. (2006). *A transição da fecundidade no Brasil: Análise de seus determinantes e as novas questões demográficas*. Brasília, DF: Fundo de População das Nações Unidas.

Simões, C. C. da S. (1997). *A mortalidade infantil na transição da mortalidade no Brasil: Um estudo comparativo entre o Nordeste e o Sudeste*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seu objeto de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.

Traverso-Yépes, M. A., & Pinheiro, V. S. (2005). Socialização de gênero e adolescência. *Revista Estudos Feministas*, 13(1), 147-162.

Vescovi, G., Pereira, M. D., & Levandowski, D. C. (2014). Protective factors in the experience of pregnancy and motherhood among Brazilian adolescents living with HIV: A case-series report. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 25(6), 541-554. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2014.02.005>

Vescovi, G. (2012). *Fatores de risco e proteção para a vivência da gestação e da maternidade entre jovens soropositivas*. Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil.

Viçosa, G. (1997). A interação mãe-bebê na maternidade precoce. In N. Fichtner, (Org.), *Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência: Um enfoque desenvolvimental* (p. 36-45). Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D.W. (1999/2000). Preocupação materna primária. In. Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1956)

Winnicott, D. W. (1999). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.

Yazlle, M. E. H. D., Mendes, M. C., Patta, M. C., Rocha, J. S. Y., Azevedo, G. D., & Marcolin, A. C. (2002). A adolescente grávida: Alguns indicadores sociais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 24(9), 609-614.

Wesley, Y., Smeltzer, S. C., Redeker, N. S., Walker, S., Palumbo, P., & Whippie, B. (2000). Reproductive decision making in mothers with HIV-1. *Health Care for Women International*, 21:291-304.

Zalberg, M. (2003). *A relação mãe e filha*. São Paulo: Elsie.