

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**“Eu Vi Elas Dando o Peito e Eu Não Podia Dar!”: Representações e Práticas de
Mulheres Vivendo com HIV/Aids sobre Aleitamento Materno**

Joelma Marísia Firmone Joaquim

Orientadora: Prof^a. Dra. Daniela Riva Knauth

Porto Alegre, Fevereiro de 2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**“Eu Vi Elas Dando o Peito e Eu Não Podia Dar!”: Representações e Práticas de
Mulheres Vivendo com HIV/Aids sobre Aleitamento Materno**

Joelma Marisia Firmone Joaquim

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Antropologia Social

Orientadora: Prof^a. Dra. Daniela Riva Knauth

Porto Alegre, Fevereiro de 2012

DEDICATÓRIA

Às mães vivendo com Aids.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a minha orientadora Daniela Knauth pela paciência, dedicação e acolhimento ao longo dos dois últimos anos.

Às professoras Ondina Fachel Leal, Ceres Víctora, Claudia Fonseca, Ana Luiza Carvalho e Paula Sandrine Machado pelas trocas estabelecidas durante o curso.

À coordenação e secretaria do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), em especial a professora Cornélia Eckert e Rosemeri Feijó pela recepção calorosa desde o primeiro contato.

Aos Governos Brasileiro e Moçambicano, em particular ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e ao Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), respectivamente, pela concessão da bolsa de estudos e oportunidade de intercâmbio.

Ao Grupo Hospitalar Conceição, especialmente os profissionais de saúde do Hospital Fêmeina e do Hospital Dia de Infectologia pelo apoio imensurável ao longo do processo de coleta de dados.

À minha família (Constança, Natércia, Inocêncio, Raimundo, Júnior e Rachi) por incentivar o meu crescimento intelectual e acadêmico.

À turma de mestrado 2010 e às meninas do doutorado (Mona, Ana Paula e Stella). À Renelle, Andréa Fachel Leal, Laetitia e Ivanete, que de diferentes formas contribuíram para que esse projeto fosse concluído no prazo previsto.

Last but not least, às mulheres que através dos seus relatos permitiram a concretização desse trabalho, ***muitíssimo obrigada***.

“Eu Vi Elas Dando o Peito e Eu Não Podia Dar!”: Representações e Práticas de Mulheres Vivendo com HIV/Aids sobre Aleitamento Materno

RESUMO

Este estudo visa compreender o significado da experiência de não amamentar para as mulheres HIV+ atendidas em um serviço especializado da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Tendo como objeto de análise as representações sociais das mulheres HIV+ diante da não amamentação, com vista à compreensão do seu cotidiano e das estratégias desenvolvidas para fazer frente à restrição de aleitamento “natural”.

O pressuposto da pesquisa é de que as mulheres soropositivas para o HIV enfrentam vários constrangimentos relacionados não apenas à sua soropositividade, como também relacionadas a um conjunto de prescrições que devem ser seguidas para à manutenção da sua saúde e do seu bebê.

As principais conclusões apontam que o leite materno é considerado pelas mulheres o alimento mais adequado para o recém-nascido pelas qualidades nutritivas e os benefícios preventivos contra doenças. Essa percepção é influenciada pelas campanhas de saúde pública que incentivam o aleitamento e o associam ao “amor, carinho e saúde”, considerando negligentes as mulheres que não amamentam em função de adotarem um comportamento contrário ao esperado por uma “boa mãe”.

No seio da família existem mecanismos para questionar simbolicamente o papel de “boa mãe”, através da pressão para que a mulher *dê o peito* e da pressão para que a criança seja amamentada por outra mulher. As representações associadas ao leite materno tornam a amamentação uma prática que ultrapassa o âmbito privado, passando a dizer respeito não apenas à mulher, como também à família e à sociedade em geral.

Palavras-Chave: Aids, Representações Sociais, Maternidade e Amamentação

“I Saw the Other Moms Nursing Their Babies but I Couldn't”!: The Representations and Practices of Breastfeeding by Women Living with HIV/Aids.

ABSTRACT

The aim of this study is to consider the experiences of HIV positive mothers who have been asked by medical caregivers to refrain from the practice of breastfeeding. These women are patients of the special public health care system in the city of Porto Alegre, capital of the Brazilian state of Rio Grande do Sul. The objects of our analysis are the daily social representations and strategies developed by these mothers in response to this restriction regarding “natural” feeding.

Our hypothesis is that HIV positive mothers regularly face awkward situations that arise not only because their illness but also because of the advice given by caregivers in order to protect the health of mother and child.

One of our first conclusions is that, for these women, breast milk is indeed seen as the most adequate form of nutrition for their newborn babies because of supposed nutritional and immunological properties. This shared perception has been further reinforced by public health campaigns that encourage breastfeeding by associating the practice with concepts such as love, affection and health.

In their homes, they feel the pressure of these same values and expectations being reproduced by relatives and friends. Thus, we observe breast milk transcending bodies and transversing social spaces to include family and society in these mother's very private.

Key Words: Aids, Social Representations, Maternity and Breastfeeding

LISTA DE ABREVIATURAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AZT	Zidovudina
CD4	Grupo de Diferenciação 4/Cluster of Differentiation 4
DC	Depois de Cristo
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HAC	Hospital Amigo da Criança
HDI	Hospital Dia de Infectologia
HF	Hospital Fêmeina
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
MC	Método Canguru
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde/World Health Organization
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PTV	Prevenção de Transmissão Vertical
ONUSIDA/UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/Aids/Joint United Nations Programme on HIV/Aids
RENSIDA	Rede Moçambicana de Organizações Contra Sida
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância/United Nations Children's Fund

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	PERCURSO METODOLÓGICO	14
2.1	Universo de Pesquisa	19
2.2	Inserção em Campo	22
2.3	Questões Éticas	23
3	QUADRO TEÓRICO E CONCEITUAL	27
3.1	Representações Sociais	29
3.2	Maternidade	31
4	MULHERES E AIDS	33
4.1	Descrédito no Diagnóstico	38
4.2	Vivendo com o Vírus	39
4.3	Experiências de Discriminação	42
5	GRAVIDEZ E PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL	46
5.1	Medicalização da Gravidez	46
5.2	Aprendendo a ser Mãe HIV+: “Não Dá o Peito para esse(a) Guri(a)!”	50
5.3	Ganhando o Nenê e Secando o Leite	53
6	BREVE INCURSÃO SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO	55
6.1	Aleitamento Materno e Amas de Leite	55
6.2	Promovendo o Aleitamento Materno	58
7	ALEITAMENTO MATERNO, AIDS E CUIDADO COM O FILHO	62
7.1	“Eu Vi Elas Dando o Peito e Eu não Podia!”	63
7.2	Discriminação no Serviço de Saúde	64
7.3	Cotidiano Feminino e Aleitamento Materno	66
7.4	Representações Sociais sobre o Aleitamento Materno	70
7.5	Nascidos de Mães HIV+	80
7.6	Medicalização da Infância: “O que Tu Tanto Faz com esse(a) Guri(a) no Hospital?!”	84
8	CONCLUSÕES	89

9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
10	APÊNDICES	102
	Apêndice A - Roteiro de Observação	102
	Apêndice B - Guião de Entrevista	103
	Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
	Apêndice D - Tabela do Perfil das Entrevistadas	107

1 INTRODUÇÃO

A epidemia da Aids constitui um dos mais importantes desafios na área da saúde em pleno século XXI, quando a maior parte das doenças infectocontagiosas parecem estar sob controle. Para Knauth (1997a), o lugar de destaque da epidemia deriva do seu caráter transmissível; do fato de ser uma epidemia moderna que coloca em evidência temas considerados tabu, como homossexualismo, uso de drogas, limites da medicina e mortalidade entre as pessoas (especialmente entre os jovens). A autora avança ainda que a Aids não cria esses fenômenos, apenas os torna explícitos.

No Brasil, a Aids, no início da epidemia, afetou principalmente os homens. A epidemia era associada a determinados grupos: homossexuais, hemofílicos e outras pessoas que receberam transfusões de sangue e hemoderivados, além de usuários de drogas injetáveis (Bastos, 2001: 7). Com o passar do tempo, a situação foi se alterando, passando a ter maior participação da população feminina entre os novos casos de Aids e evidenciando-se a questão das desigualdades sociais e de gênero na transformação da epidemia (Brasil, 1999).

Em relação à vulnerabilidade da mulher, alguns estudos, dentre os quais Bastos (2001) e Barcellos et al. (2006), que abordam a questão da feminização da Aids, indicam que a maior predisposição das mulheres à infecção pelo HIV se associa tanto aos fatores biológicos¹ como aos fatores socioculturais.²

¹ Durante o ato sexual, a superfície da mucosa vaginal fica exposta ao sêmen (líquido com altas concentrações do vírus) e, caso existam outras infecções sexualmente transmissíveis, ocorre aumento no número de células-alvo facilmente infectáveis (Bastos 2001). Esse risco ampliado de infecção acentua-se em mulheres jovens, porque a imaturidade do aparelho genital determina uma fragilidade adicional (UNAIDS, 2002).

² Estudos realizados com mulheres (Villela, 1996; Guimarães, 1996; Barbosa, 1999 Santos, Barbosa, 1999; Paiva, 1999) apontam a fraca capacidade de negociação do sexo seguro, a dependência econômica, as desigualdades de gênero, a percepção da Aids como doença do outro e sua associação a determinados grupos (prostitutas, homossexuais e usuários de drogas) como aspectos socioculturais que aumentam a vulnerabilidade da mulher.

No Brasil, desde 1996, com a ratificação do Protocolo ACTG076³, várias têm sido as iniciativas desenvolvidas com vista a reduzir o impacto da infecção pelo HIV em gestantes e recém-nascidos, dentre elas destacam-se a disponibilização de teste HIV para detectar o vírus ao longo da gestação, o uso de medicação específica para gestantes e recém-nascidos, disponibilização de exames de contagem de carga viral e CD4 e realização de procedimentos como a cesariana eletiva.

Como resultado das iniciativas, a incidência de casos de Aids em crianças vem decrescendo progressivamente (Brasil, 2004). O país tem um programa de diagnóstico e tratamento gratuito e universal para o HIV/Aids e recomenda a substituição da amamentação por leite artificial como um dos mecanismos de prevenção da infecção pelo HIV da mãe para o bebê.

No caso das mães HIV+, a orientação da Organização Mundial da Saúde (2001) sobre a alimentação infantil para bebês é de que elas suspendam a amamentação e utilizem os substitutos do leite materno quando forem “aceitáveis, factíveis, acessíveis, seguros e sustentáveis”⁴; caso contrário, recomenda-se a amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida do bebê.

No Brasil, a recomendação é de que mães soropositivas não amamentem seus filhos e não doem leite para Bancos de Leite Humano. Também não é indicado o aleitamento materno cruzado (aleitamento por outra mulher), orientando-se a secagem do leite e disponibilizando-se gratuitamente a fórmula infantil durante os seis primeiros meses de vida de crianças expostas (Brasil, 2003a; Brasil, 2003b).

Ao seguir tal recomendação, essas mulheres confrontam-se com um conjunto de restrições, uma vez que o ato de amamentar é associado não somente a dar o alimento ao recém-nascido, como também ao de ser “boa mãe” e, ao mesmo tempo, é o meio privilegiado para o estabelecimento do vínculo entre mãe-bebê.

Nesse sentido, ao se propor estudar as representações sociais das mulheres HIV+ diante da não amamentação, a presente pesquisa tem em vista aceder ao universo social das mulheres com o objetivo de compreender o seu cotidiano e as estratégias

³ O protocolo ACTG076 preconiza o início da profilaxia da transmissão vertical, pela administração de Zidovudina à gestante na décima quarta semana de gravidez.

⁴ Consultado em www.ibfan.org. Acesso em 01 Out. 2010

desenvolvidas diante da restrição de aleitamento “natural”. Busca, assim, contribuir, por meio de seus resultados, na adequação dos serviços de saúde às demandas das mulheres HIV+, particularmente no que diz respeito às questões referentes à não amamentação.

Visa ainda fornecer subsídios científicos para a formulação e o aprimoramento das Políticas Públicas voltadas às mulheres vivendo com HIV/Aids. E, especificamente, produzir dados sobre as demandas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres soropositivas e os encaminhamentos oferecidos a estas no âmbito dos serviços de saúde, de modo a colaborar na adequação dos recursos e serviços voltados a essa população.

Espera-se, por fim, com a divulgação dos resultados do estudo, sensibilizar a comunidade científica, particularmente da área médica e da saúde coletiva, para as questões de gênero, saúde sexual e reprodutiva que envolvem a epidemia da Aids no Brasil.

Assim, de modo geral, a pesquisa visa compreender o significado atribuído à experiência de não amamentar pelas mulheres HIV+. E especificamente: i) compreender as concepções que as mulheres infectadas possuem sobre as questões relativas ao HIV/Aids; ii) compreender as representações e práticas das mulheres HIV positivas relativas a amamentação; iii) identificar os principais desafios que o diagnóstico do HIV e a maternidade colocam às mulheres infectadas; e iv) identificar quais os recursos acionados e as estratégias criadas para enfrentar os desafios impostos pela doença e pelas prescrições da biomedicina, particularmente no que concerne à amamentação.

No que se refere ao alcance dos objetivos traçados, a pesquisa está estruturada em sete capítulos: no primeiro capítulo, faz o percurso metodológico e o processo de elaboração da etnografia, que compreendem a descrição do universo de pesquisa, a inserção em campo e as questões éticas levadas em consideração no decorrer do estudo. No segundo, é feita a discussão teórica, com destaque para a teoria das representações sociais e dos principais conceitos usados ao longo do trabalho.

A seguir, no terceiro capítulo, aborda-se a questão das mulheres e a Aids, na qual são ressaltados aspectos como o diagnóstico, convivência com o vírus e experiências de discriminação. No quarto capítulo, são discutidas a gravidez e a prevenção de transmissão vertical, com enfoque para a medicalização da gestação, as restrições sobre a amamentação e os momentos logo a seguir ao parto. O quinto capítulo, por sua vez, faz uma incursão sobre o aleitamento materno ao longo do tempo e as iniciativas de promoção do aleitamento desenvolvidas no contexto brasileiro.

No sexto capítulo, discute-se a inter-relação entre aleitamento materno, Aids e o cuidado com o recém-nascido; com enfoque para as percepções sobre não amamentação, discriminação no serviço de saúde, cotidiano feminino e aleitamento, representações sociais em torno do aleitamento materno, cuidado com o recém-nascido e medicalização da infância. Por fim, são feitas algumas conclusões sobre as várias questões trazidas para discussão ao longo do trabalho.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Tendo em vista a compreensão das concepções e práticas sociais sobre amamentação das mulheres HIV+, a pesquisa adotou uma metodologia qualitativa, com caráter etnográfico. A metodologia escolhida permitiu compreender as experiências das mulheres HIV+ diante da não amamentação, captando não apenas os aspectos expressos verbalmente, como também outros que possam interferir nas suas práticas cotidianas.

Os dados foram coletados por meio da observação participante em um serviço de saúde, ao qual as mulheres gestantes e puérperas acessam regularmente para a obtenção de algum tipo de assistência. A observação participante teve por objetivo apreender as relações que as mulheres estabelecem entre elas e com os profissionais de saúde no espaço do serviço (Roteiro de Observação - Apêndice A). A presença continuada da pesquisadora no serviço teve ainda por objetivo promover uma maior aproximação e familiaridade com as mulheres a serem entrevistadas.

Após os contatos iniciais, foram realizadas vinte entrevistas semiestruturadas com mulheres HIV+. Das entrevistas realizadas, treze foram com mulheres que procuravam algum tipo de assistência disponibilizado pelo serviço especializado onde se realizou a pesquisa⁵, e, sete mulheres que deram à luz recentemente e que se encontravam internadas no alojamento conjunto.

As mulheres participantes da pesquisa são em sua maioria de classes populares⁶, com idades compreendidas entre 18 à 38 anos, com pelo menos um filho

⁵ Consultas de pediatria para os seus filhos, consultas com infectologista e gineco-obstetra para as próprias mulheres, levantamento do leite e marcação de consultas.

⁶ No que concerne à discussão sobre grupos populares no Brasil, importa realçar que muito foi dito, principalmente pelas Ciências Sociais, onde, por um longo período, foram construídas diferentes imagens que definiam as classes populares de forma negativa. Os pobres foram pensados como se a sua identidade social fosse ou devesse ser construída exclusivamente a partir de sua determinação de classe, como se suas ações fossem ou devessem ser motivadas pelo interesse em satisfazer suas necessidades materiais (Sarti, 1996: 20). Pesquisas realizadas por autores como Zaluar (1985) e Duarte (1986) criticaram essa visão e ressaltaram os valores tradicionais como marcas dos pobres urbanos, mostrando que a ética do trabalho, para os trabalhadores urbanos, não advém do valor moral da atividade em si, mas assenta no seu papel de provedor da família. Neste trabalho, o termo classe

anterior ao diagnóstico de soropositividade para o HIV, filho posterior ao diagnóstico com até 1 ano de idade⁷, e que recebesse atendimento no serviço especializado no qual foi desenvolvido o estudo. A exceção foi uma das entrevistadas no alojamento conjunto que acabava de dar à luz ao seu primeiro filho.

Na sua maioria, são mulheres que se encontram em situação de união, cujo agregado familiar é composto em sua maioria pelos companheiros e filhos (entre 2 e 9 filhos). Algumas mulheres são separadas, vivendo apenas com os filhos ou com estes e outros membros da família materna (mãe, pai e irmãos), sendo que apenas uma é legalmente casada. A maior parte das entrevistadas já morou anteriormente com outros parceiros.

As informantes residem nos bairros populares e periféricos da cidade de Porto Alegre (Partenon, Nova Ipanema, Lomba do Pinheiro, Humaitá e Alto Teresópolis) caracterizados por infraestrutura deficiente no que concerne às condições sanitárias (esgoto e calçamento) e prestação de serviços (transporte e farmácias); e em cidades vizinhas, como Viamão, Canoas, Esteio, Gravataí, Cidreira, Barra do Ribeiro e Parobé. Para maiores informações sobre as mulheres, veja a tabela com o perfil das entrevistadas (Apêndice D).

A maior parte das entrevistadas possui um baixo nível de escolaridade, sendo que apenas quatro completaram o segundo grau, e as restantes não completaram o ensino fundamental. Das informantes, 8 são negras e 12 brancas, na sua maioria donas de casa, exceto alguns casos em que desenvolvem atividades remuneradas (faxineira, telefonista, cozinheira, operária e funcionária da creche). A maioria segue a religião católica, com alguns casos de evangélicos, praticantes de batuque e espírita. Algumas referiram não ter nenhuma religião, mas se dizem *crentes em Deus* ou devotas de algum santo (por exemplo, Nossa Senhora Aparecida).

Ainda no que concerne aos dados sociodemográficos das entrevistadas, importa realçar que alguns deles como a raça influenciam na maneira como as entrevistadas lidam com a sua soropositividade, particularmente a questão da revelação do

popular enfoca grupos de baixa renda que compartilham um conjunto de valores e práticas sociais, não implicando necessariamente que estes sejam homogêneos e isolados.

⁷ A delimitação da idade do recém-nascido tinha por objetivo abarcar as mulheres cuja experiência de amamentação era recente.

diagnóstico. O outro dado, que não é sociodemográfico, mas tem influência nessa questão é o tempo de diagnóstico.

No que diz respeito à raça, os dados revelam que a maior parte das mulheres negras teve o diagnóstico há mais tempo e revelou tanto ao parceiro como a familiares; sendo que estes se constituem em fonte de apoio emocional e material. Esses aspectos influenciam positivamente na maneira como as mulheres lidam com a doença, sendo que esse grupo de mulheres aceita melhor a sua soropositividade para o HIV.

O tempo de diagnóstico também influencia na decisão de compartilhar o estado sorológico. As mulheres que têm conhecimento de sua sorologia em um período inferior ou igual a 2 anos não compartilharam a informação nem com parceiros, nem com familiares; diferentemente das mulheres diagnosticadas há mais de 3 anos.

A escolaridade não se mostrou tão relevante nessa questão, provavelmente devido ao fato de a maior parte das mulheres possuir praticamente o mesmo nível, isto é, não ter completado o ensino fundamental.

O processo de seleção das entrevistadas foi realizado com o auxílio da enfermeira responsável pelo serviço e pela técnica-administrativa, essas profissionais têm um conhecimento aprofundado das mulheres que frequentam os serviços, o que facilitou a identificação das mulheres elegíveis. Após a identificação pelas profissionais do serviço, a pesquisadora contactava a entrevistada e fazia a apresentação da pesquisa e dos seus objetivos, bem como a clarificação de todos os aspectos éticos a ela relacionados.

Antes da realização da entrevista, era perguntado às participantes qual seria o melhor lugar para a conversa, ou seja, onde se sentiriam mais à vontade para falar sobre as questões da pesquisa. Em todos os casos, foi indicado o próprio serviço. Tal preferência era relacionada ao fato de que, na sua maioria, essas mulheres se sentiam mais à vontade para abordar as questões relativas ao seu estado sorológico apenas no serviço de saúde, onde acreditavam que seria mantida a questão do sigilo e da confidencialidade.

As participantes também colocavam a questão da praticidade de se conversar no serviço, porque muitas delas moram longe e, após a consulta, tinham a preocupação de encontrar transporte para retornar as suas residências ou ir ao local de trabalho.

A coleta dos dados em campo envolveu ainda a realização de sete entrevistas pós-parto, que tinham por objetivo apreender não apenas as questões relacionadas à amamentação, como também as questões ligadas à assistência do serviço às puérperas HIV+, situações de discriminação dentro do serviço, bem como a relação das puérperas HIV+ com outras mulheres no alojamento conjunto. Essas entrevistas também foram relevantes em razão de as entrevistadas terem se deparado, naquele momento, com a questão da restrição à amamentação.

Nas entrevistas realizadas com as puérperas, não foi colocado em questão o local da sua realização, porque as entrevistadas tinham sido recentemente submetidas ao parto ou à cesariana, não se encontrando em condições físicas de realizar a entrevista em outro local. Em ambas as situações, foi disponibilizada pelo pessoal do serviço uma sala para que pudéssemos conversar com as entrevistadas. Geralmente salas de atendimento médico desocupadas no momento.

A realização das entrevistas no ambiente hospitalar, embora garantindo maior tranquilidade e segurança às mulheres, apresentava o risco de impor alguns limites aos discursos em função das expectativas que recaem sobre seus comportamentos naquele espaço. O receio era que determinadas questões, por exemplo, se já deram o peito aos seus filhos ou se alguma outra pessoa o tinha feito, não surgissem, pelo fato do serviço de saúde desaconselhar fortemente tais situações. Contudo, a qualidade das relações estabelecidas e a explicitação dos objetivos da pesquisa, bem como do papel da pesquisadora naquele local, possibilitou ultrapassar tal constrangimento.

A necessidade do uso do jaleco no alojamento conjunto também se colocou como um entrave a pesquisa. O uso desse instrumento de trabalho dos profissionais de saúde foi colocado com condição para livre circulação da pesquisadora nessa área, algo que de acordo com os responsáveis pelo serviço não poderia de maneira alguma ser negociado. Como não dispunha de nenhum jaleco, foi-me emprestado um por uma

das profissionais para que usasse nos primeiros dias, mas para os dias que se seguiram, tive de adquirir, por minha própria conta, um jaleco para poder usar.

Lembro-me de que nos primeiros dias que o usei, fiquei me sentindo muito estranha, e percebia que as pessoas olhavam para mim de um modo diferente. Acredito que tal sensação também era reforçada pela minha própria reprovação àquele instrumento de trabalho. Porque não estava ali como profissional de saúde, mas como estudante, e queria ser percebida como tal, coisa que seria bastante difícil de esclarecer usando um jaleco branco.

Como o seu uso era incontornável, vesti o jaleco todas as vezes que foram necessárias. No entanto, logo que entrava em contato com as minhas entrevistadas, fazia questão de explicar-lhes que era estudante de Antropologia e não profissional de saúde, e que só estava vestindo o jaleco por ser uma das condições colocadas para a livre circulação naquela área. Desse modo, na sala da entrevista, tirava o jaleco e conversava mais à vontade com as mulheres. Acredito que essa atitude para além das referidas do parágrafo anterior permitiu uma aproximação maior com as informantes e, de certa forma, definiu a qualidade da relação estabelecida.

As entrevistas objetivaram a apreensão de questões relacionadas às concepções das mulheres HIV+ sobre a doença e amamentação, experiências com a doença, experiência com a não amamentação, mecanismos de enfrentamento, relação com o serviço de saúde e mecanismos de suporte/apoio acionados (Roteiro de Entrevista - Apêndice B).

Os dados foram sistematizados com o uso do programa de análise qualitativa MaxQDA10®, que permite a categorização dos diferentes tipos de dados obtidos (relatórios de observação e transcrição de entrevistas) e proporciona uma leitura transversal entre os diferentes “informantes” e situações, sem perder, ao mesmo tempo, o contexto no qual àquele dado se apresenta. A sistematização dos dados foi feita a partir de categorias predefinidas, mas também a partir de categorias que surgiram ao longo do trabalho de campo (categorias “êmicas”).

A análise dos dados levou em consideração tanto o conteúdo desses dados quanto os contextos nos quais estes foram produzidos e se inserem. Os dados foram

interpretados à luz do referencial teórico das representações e práticas sobre saúde e doença, bem como a partir da análise comparativa com outros estudos semelhantes sobre o tema.

2.1 Universo de Pesquisa

O Hospital Fêmeina (HF) pertence ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC)⁸ e localiza-se em um dos bairros nobres da cidade de Porto Alegre (bairro Moinhos de Vento). Esse hospital é considerado um dos serviços de saúde de referência ao nível do Estado do Rio Grande do Sul, dedicando-se a saúde da mulher e prestando cuidados do pré-natal, parto, e ainda tratando do bebê e da mãe com alguma complicação, como hipertensão ou dependência química. Com 189 leitos, é responsável por 7% de todas as internações pelo SUS e por 4% dos atendimentos ambulatoriais de alta complexidade em Porto Alegre.⁹

O Fêmeina possui uma Linha de Cuidado em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/Aids) que prevê a integralidade do atendimento a pessoas vivendo com DST/Aids. Essa linha, lançada em Dezembro de 2006, inclui múltiplas áreas de assistência, permitindo que os pacientes não precisem recorrer a outros serviços de saúde.

A Linha de Cuidado DST/Aids pertence ao serviço de Infectologia do Hospital Conceição e abrange um complexo de atividades voltadas para a assistência, como Hospital Dia de Infectologia (HDI), internação hospitalar e ambulatório. O HDI localiza-se no quarto andar do HF, no fundo do corredor do lado direito, sendo que foi nesse local que a pesquisa se realizou.

A unidade foi criada em 2002 e, com a sua criação, o serviço de Prevenção de Transmissão Vertical (PTV)¹⁰ passou a ser integrado a ela. Na entrada na parte

⁸ Para além do HF, o GHC é formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição e Cristo Redentor.

⁹ Fonte: www.ghc.com.br acesso em: 31 Mar. 2011.

¹⁰ A PTV é um serviço de atendimento integral voltado para gestantes infectadas pelo HIV, tendo em vista a evitar a transmissão do vírus de mãe para filho. Através desse serviço, são disponibilizados infectologistas, gineco-obstetras e pediatras para atendimento das gestantes sem agendamento prévio, facilitando a adesão ao tratamento/profilaxia da transmissão vertical do HIV.

superior envidraçada da porta, há um laço vermelho e uma escrita na mesma cor com a identificação do serviço. Em frente à porta, estão uma mesa e cadeira, onde as estagiárias recebem as pessoas que chegam ao serviço.

A seguir da entrada, fica o corredor que funciona como sala de espera com várias cadeiras encostadas às paredes laterais¹¹ e próximas das salas de atendimento médico (pediatria, gineco-obstetra e infectologista indicado em cada porta), aconselhamento e enfermagem. No corredor, existe ainda uma televisão e revistas que abordam questões de saúde (DST, HIV, hepatites, cancro, etc.) e temas da atualidade para o entretenimento das pacientes, enquanto aguardam atendimento.

As portas das salas de atendimento geralmente se mantêm fechadas e nelas há uma mesa, uma cama para que os pacientes possam se deitar para serem examinados, prateleiras na parede, um banheiro interno e um quadro com várias fotografias de crianças nascidas de mães atendidas no serviço de PTV. Nesse serviço, existem imagens religiosas de Jesus Cristo preso à cruz (na sala de aconselhamento) e a imagem de um santo (fixado à parede no fundo do corredor) em cima do berço, onde geralmente as mulheres colocam o recém-nascido para dormir ou trocam suas fraldas.

De acordo com a enfermeira mais antiga do HDI, a imagem é de um santo protetor dos desamparados, foi trazida de um país europeu e oferecida por um médico que prestava atendimento nesse serviço. Essa profissional referiu ainda que a religião tem sido uma fonte de apoio moral e espiritual das frequentadoras do HDI, uma vez que, com a descoberta de que possuem o vírus, muitas delas pensam que a sua vida terminou.

No fundo do corredor, há uma sala de internamento em regimento de hospital dia, uma sala de reuniões e um banheiro para os usuários do serviço. Próximo as salas, existe um espaço com uma mesa e algumas cadeiras onde as mulheres realizam as refeições. Como as mulheres saem de casa cedo para consultar, o serviço disponibiliza um lanche pela manhã (café com leite e sanduíche) e almoço próximo do meio-dia.

¹¹ Nas paredes ao longo do corredor, há cartazes com informação sobre HIV e Aids, hepatites, cancro do útero e da mama.

No que diz respeito ao relacionamento entre as mulheres que procuram o serviço e os profissionais (enfermeiras, técnica-administrativa e estagiárias), este é marcado pela informalidade. Apesar de serem várias as mulheres atendidas, as profissionais conhecem as histórias de vida de muitas delas, e tanto umas como outras se tratam pelos nomes próprios. Com os médicos, a relação é mais formal, as mulheres se referem sempre a eles como Dr. X ou Dra. Y.

...eu vim pra aqui e me consultei com o Dr. X, depois as gurias (dizendo os nomes das enfermeiras e da técnica administrativa) conversaram comigo sobre a doença, falaram para eu não ter vergonha e ficar a vontade para perguntar o que eu queria (Entrevistada A, HDI, Branca, 31 anos, Separada).¹²

Enquanto aguardam atendimento, mulheres, crianças e eventualmente algum homem que as acompanha, conversam entre si sobre questões relacionadas às próprias crianças que os acompanham, sobre suas experiências com o serviço, com a doença e sobre seu dia a dia.

As crianças brincam à vontade, sentadas no chão, fazem desenhos coloridos ou se divertem com brinquedos. Enquanto as profissionais circulam de um lado para o outro, entre o corredor e as salas de atendimento, vão conversando com os pacientes e crianças que aguardam.

Entre o momento que a mulher chega ao serviço até que ela seja atendida pelo médico, leva mais de uma hora, e como geralmente vai acompanhada de outros filhos além do recém-nascido, as profissionais do serviço disponibilizam formas de entretenimento para as crianças (brinquedos, lápis de cor e papel).

O atendimento é feito das 7h30min da manhã às 17h30min da tarde. O período de maior fluxo é o da manhã, geralmente nos dias de consulta de pediatria. Para o atendimento ao público, está disponível um infectologista, dois pediatras, uma obstetra, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma técnica-administrativa (esta última possui formação em assistência social) e duas estagiárias.

¹² Tendo em vista a manutenção da identidade do trabalho etnográfico as falas das mulheres entrevistadas foram transcritas integralmente.

O serviço atende diariamente mais de 30 pacientes, e recebe cerca de 180 novas gestantes por ano, com idades compreendidas entre 14 e 50 e poucos anos.¹³ A maior parte das mulheres atendidas residem nos bairros ao redor da cidade de Porto Alegre e em municípios próximos. Elas chegam ao serviço encaminhadas por várias unidades, principalmente da emergência e ambulatório do próprio HF e de outros hospitais.

No primeiro momento em que a mulher chega ao HDI, é marcada uma consulta com infectologista e gineco-obstetra, que avaliam o estado da paciente e solicitam exames de contagem das células CD4, carga viral, entre outros. Com o nascimento da criança, tanto ela como sua mãe continuam a ter acesso aos serviços disponibilizados pelo HDI, até que a criança complete 1 ano de idade e que se faça o último teste anti-HIV para se certificar de que ela realmente *negativou*, ou seja, que não é portadora do vírus HIV. Caso a criança seja HIV+, passa a se beneficiar de todos os cuidados e medicação para a manutenção da sua saúde e controle da carga viral.

2.2 Inserção em Campo

Para Cardoso de Oliveira (2000), o trabalho do antropólogo consiste em olhar, ouvir e escrever aspectos que caracterizam a vivência do pesquisador com o grupo estudado e que são cruciais na elaboração do texto com recurso na observação participante realizada através do “estar lá”. Foi em função do “estar lá” (em campo – no HDI) que surgiu o interesse em desenvolver uma pesquisa sobre as mulheres HIV+, concretamente sobre as suas representações diante da amamentação.

O interesse despertou aquando da realização de observações de campo no HDI para coleta de dados em uma pesquisa sobre saúde sexual e reprodutiva de mulheres HIV+, levada a cabo por minha orientadora. Ao longo das observações, surgiram várias oportunidades de escutar as conversas das mulheres enquanto aguardavam atendimento, e a questão de “não poder dar no peito” surgia em vários momentos das suas falas.

¹³ Estes dados foram cedidos pela técnica-administrativa do HDI.

Nos relatos das mulheres, o fato de não poder amamentar era mencionado como uma das maiores mudanças que o vírus trouxe para as suas vidas. Mesmo com toda a orientação que recebiam dentro do serviço de saúde, as mulheres referiam que, em vários momentos, se sentiam desvalorizadas como mães e vivenciavam constante pressão social por não *dar o peito*.

Várias foram as vezes em que as escutei contando umas para as outras que os familiares, amigos, vizinhos e até profissionais de saúde dos postos próximos das suas residências as instigavam a *dar o peito*: “dá o peito para esse(a) guri(a)”, “coloca ele(a) no peito que chupa”, “vai forçando que sai leite”, tais situações ocorriam geralmente nos casos em que a mulher não revelava o seu estado sorológico.

A esse fato está associado ao valor atribuído à amamentação em nossa sociedade, que aliado a todo o discurso veiculado pelo Ministério da Saúde através dos diversos meios de comunicação social, sobre a necessidade (quase que obrigatória) de amamentar, acabam de certo modo depreciando a figura da mulher que não amamenta, sem perceber que tal posicionamento coloca as mulheres que não o podem fazer, por motivos diversos, em uma condição de “mães desnaturadas” ou “mães desleixadas”.

A partir do que foi referido anteriormente e tendo em vista a compreensão do universo de significações das mulheres, concretamente ao das que não podem amamentar devido a sua condição de HIV+, teve início o interesse pela compreensão das representações e práticas sociais das mulheres HIV+ sobre a amamentação.

2.3 Questões Éticas

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição, instituição responsável pelo HDI. Uma vez que a pesquisa foi desenvolvida no espaço dos serviços de saúde, o estudo foi autorizado pelo responsável pelo serviço e apresentado aos profissionais e às mulheres envolvidas para ciência e consentimento.

Todas as mulheres entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), em duas vias, sendo que uma via ficou com a pesquisadora.

As entrevistas foram gravadas e transcritas com o consentimento das envolvidas, e ao longo do trabalho, foi mantido o anonimato das entrevistadas.

No desenvolvimento de pesquisas em instituições hospitalares, há que considerar algumas questões éticas, pelo fato da instituição ser um espaço com um considerável nível de complexidade, desempenhando um papel importante nas questões de saúde e doença nas sociedades. A esse respeito, Duarte (2004) refere que as práticas observadas no hospital (especialmente as médicas) compõem um núcleo rígido, dificilmente submetido à relativização e à contextualização.

Em relação a pesquisas na área do HIV/Aids, importa realçar que estas possuem uma especificidade diferente das pesquisas realizadas em outras áreas mais ou menos públicas, no sentido em que, ao abordar o HIV/Aids, é impossível não tocar na questão da sexualidade, que por sua vez implica a partilha de experiências íntimas entre o informante e um estranho (pesquisador).

De acordo com Knauth (2004), logo se coloca uma questão ética tendo em vista garantir o anonimato¹⁴ e a confidencialidade dos informantes, porque as informações disponibilizadas pelos entrevistados ao pesquisador são privadas. A disponibilização de tais informações a outras pessoas coloca em questão a necessidade de sua contextualização e preservação da intimidade dos entrevistados.

Knauth (2004) chama atenção ainda para a questão do contato com o grupo de estudo. O desafio é garantir o anonimato das pessoas, porque a identificação do estudo com Aids já é uma forma de revelar o diagnóstico dessas pessoas, podendo acarretar atitudes discriminatórias e questionamento sobre o seu estatuto sorológico.

No entanto, na presente pesquisa, essa questão foi particularmente tomada em atenção nos casos das entrevistas realizadas com mulheres que acabavam de dar à luz e partilhavam o quarto (alojamento conjunto) com outras mulheres soronegativas. Nesses casos, obtivemos com antecedência o nome e o leito da mulher, que era procurada para conversar durante alguns minutos fora do quarto e esclarecida sobre os objetivos da pesquisa. Caso ela aceitasse participar, era marcado um encontro para a

¹⁴ Para Knauth (2004), em pesquisas sobre Aids, a preservação do anonimato não se restringe apenas na troca do nome dos informantes, este deve ser garantido na prática cotidiana do trabalho de campo para que a condição sorológica das pessoas não seja revelada, principalmente para as quem desconhece essa condição.

entrevista, realizada em uma sala cedida pela enfermeira-responsável. Geralmente uma sala de atendimento médico que estivesse desocupada.

No caso das entrevistas realizadas no HDI, a questão da garantia do anonimato não foi colocada, pelo fato das conversas terem sido realizadas em uma das salas do próprio HDI, que é um serviço especializado de atendimento a pessoas HIV+. A maior parte das mulheres que frequentam a unidade é soropositiva.¹⁵ No entanto, ao longo de todo o processo de entrevistas, as conversas foram mantidas em salas de atendimento médico, com acesso apenas da pesquisadora e da entrevistada no momento da sua realização.

Knauth (2004) discute ainda a criação de expectativas por parte dos grupos envolvidos em pesquisas sobre HIV/Aids, em que várias vezes esta autora foi solicitada tanto pelos profissionais da saúde quanto pelas informantes, a intervir em determinadas situações.

Ao longo do processo de coleta de dados, algumas dessas situações se colocaram, particularmente com as informantes, nas quais algumas delas questionavam sobre a dosagem da medicação antirretroviral (AZT), se a pesquisadora achava que era ou não forte para a criança. Em situações como esta, voltava a explicar que não era formada em saúde e por isso não tinha qualificações para responder a questões sobre tratamento, e sugeria que tais dúvidas fossem colocadas as enfermeiras e aos médicos, pessoas que estavam em melhores condições de abordar tais questões.

A outra questão que era colocada com regularidade pelas informantes era: “tu acha mesmo que o leite pode passar alguma coisa para o nenê?”. Sempre que a pergunta era colocada, era pega de surpresa, mesmo que essa tivesse sido colocada com tanta recorrência. Porque no meu entender, para muitas dessas mulheres, mesmo que elas tivessem a informação pelo serviço de saúde e pela mídia de que o leite era um veículo de transmissão do HIV, essa afirmação era questionada (até para àquelas que nunca deram o peito para os filhos), porque para as mulheres o importante era não colocar em risco a saúde dos seus filhos.

¹⁵ Exceto alguns casos de atendimento em que o HDI faz para o diagnóstico e tratamento de hepatites.

Para finalizar as questões relativas à ética em pesquisa, dois autores referem que, com a Aids, definiu-se uma nova implicação dos pesquisadores, principalmente na prática da pesquisa de campo onde os antropólogos tiveram que passar de uma perspectiva que permite o distanciamento para a confrontação direta, uma responsabilidade em relação aos doentes... com a Aids já não é possível o distanciamento neutro, nem humanamente aceitável, uma vez que a implicação do pesquisador se apresenta como necessária (Benoist e Desclaux, 1996 citados por Knauth, 2004: 135).

3 QUADRO TEÓRICO E CONCEITUAL

A epidemia da Aids e a possibilidade de transmissão do vírus para a criança colocam restrições relacionadas à questão da reprodução. Essas restrições trazem um conjunto de implicações não somente ao nível das representações das mulheres, mas também ao nível das relações sociais estabelecidas.

Como nos recorda Duarte (1986), a reprodução possui um papel fundamental na estruturação das representações e relações sociais, como entre os grupos populares no Brasil, a identidade do homem e da mulher aparece subordinada à sua condição de pai e de mãe.

A presente pesquisa pretende analisar as representações e práticas das mulheres HIV+ diante da recomendação de não amamentarem seus bebês. Tomou-se como pressuposto que essas mulheres enfrentam vários constrangimentos relacionados não apenas ao seu estado sorológico, como também um conjunto de prescrições que devem ser seguidas para a manutenção da sua saúde e do seu bebê.

Portanto, torna-se relevante compreender como nesses contextos as mulheres infectadas lidam com as questões da não amamentar. A pesquisa tem em vista desenvolver uma abordagem antropológica das representações e práticas sociais das mulheres HIV+, sendo que tais representações são socialmente construídas e, ao mesmo tempo, podem ter significações diversas.

As representações sociais das mulheres HIV+ são objeto de construção social, envolvendo diferentes significações, que não podem ser analisadas fora do contexto ao qual pertencem e, ao mesmo tempo, são vivenciadas dentro do sistema sociocultural no qual se inserem. Como nos recorda Geertz (1978), a cultura é um contexto que permite a descrição dos comportamentos e representações sociais de modo coerente e inteligível.

No que concerne à doença, por ser um evento que ameaça ou modifica a vida individual, a inserção social e o equilíbrio coletivo, ela engendra sempre a necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade

inteira. Essa forte exigência de discurso interpretativo é uma das condições de cristalização de uma representação estruturada (Herzlich, 1991: 23).

Assim, as representações e práticas não podem ser desvinculadas do contexto no qual são produzidas e vivenciadas, ou seja, do sistema cultural no qual se inserem. Entende-se, assim, que a cultura é um contexto que permite que os comportamentos e as representações sociais sejam descritos de forma coerente e inteligível (Geertz, 1978).

Ainda no que tange às representações sociais, Bourdieu (2007) alerta que a compreensão das representações e práticas sociais não são apenas manifestações individuais, elas são coerentes com determinada posição no espaço social, ao mesmo tempo em que são conformadas por um *habitus* de classe. O *habitus* é incorporado pelos indivíduos e determina a forma como estes ou a classe na qual se inserem se relaciona com as outras classes e com a sociedade no geral.

O *habitus* é entendido como “forma incorporada da condição de classe e dos condicionamentos que ela impõe” e que funciona como princípio gerador e estruturador de práticas e representações, ou seja, como sistema de classificações e disposições que orienta na mesma direção a prática de seus portadores (Bourdieu, 1979:112).

A Aids, para além de ser um fenômeno biológico, afeta as relações sociais dos indivíduos, tornando-se desse modo um fenômeno social. Como afirmam Augé&Herzlich, a doença é uma forma elementar de acontecimento no sentido em que suas manifestações biológicas se inscrevem sobre o corpo de um indivíduo, mas, ao mesmo tempo, é alvo de uma interpretação social (Augé&Herzlich, 1984:14). Assim, tanto as formas de percepção da doença como os recursos terapêuticos acionados são diferentes para cada grupo. A percepção da doença está bastante relacionada com a forma de concepção do próprio corpo.

No contexto da desordem crônica, como é o caso da Aids, a doença se incorpora em um corpo e em uma trajetória de vida particular, envolvida em um mundo concreto, pelo fato da doença absorver tanto o significado pessoal como social do mundo da pessoa doente (Kleinman, 1988). No que tange ao corpo Mauss (1974),

alerta para o fato de que esse é socialmente condicionado, e que cada sociedade possui uma forma particular de se servir dele.

É importante considerar ainda que às próprias características da doença e de sua construção social. A Aids coloca de forma extremada a relação entre a vida e a morte, porque os principais meios de contaminação do vírus (sangue, espermatozoides e o leite materno) são, ao mesmo tempo, os fluidos corporais associados à transmissão e manutenção da vida.

Relacionado a isso, Hérítier salienta que “a infecção passa por fluidos essenciais que são àqueles da vida e a partir dos quais estão presentes, de uma certa maneira, nossas diferentes formas de pensar a identidade, parentesco, filiação e aliança matrimonial” (Hérítier, 1990: 190).

Nesse sentido, a Aids passa a contradizer algumas representações tradicionais comuns em diversas sociedades, visto que aquilo que anteriormente era associado à vida passou a ser percebido como ligado à morte. O leite materno, associado à vida e à saúde da criança passa também a ser percebido como fonte de doença e da morte, caso seja dado ao recém-nascido.

Em relação aos conceitos, os considerados fundamentais na pesquisa são: representação social e maternidade. A representação social é importante na análise das concepções das mulheres relativas à saúde, doença e aleitamento, pois permite compreender as visões do mundo das mulheres relativas à amamentação. O conceito de maternidade permite-nos compreender a sua relação com as noções de identidade de mulher, amamentação e com a noção de família.

3.1 Representações Sociais

O conceito de representações sociais ocupa um espaço significativo no quadro teórico e metodológico de diversas áreas das Ciências Sociais. Ele também é bastante importante para a análise das concepções das mulheres relativas ao aleitamento materno.

As representações sociais permitem perceber a partir de que meio, noções e valores, os membros de uma determinada sociedade dão sentido as suas experiências orgânicas individuais e entender como, por meio disso, elabora-se uma realidade social coletivamente compartilhada (Adam&Herzlich, 1994).

Como refere Herzlich, em um artigo onde distingue as representações sociais usadas pela Sociologia Médica em contraposição às usadas pela Psicologia Social, tendo em Moscovici seu principal representante, "uma representação social permite, em princípio, compreender porque alguns problemas sobressaem em uma sociedade e esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e os conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de atores" (Herzlich, 1991).

No entanto essa autora nos recorda que as representações sociais não se reduzem à soma das representações dos indivíduos que compõem a sociedade, são antes de mais nada uma realidade que se impõe aos indivíduos - "as formas coletivas de agir ou pensar têm uma realidade fora dos indivíduos que, em cada momento, confrontam-se a elas" (Herzlich, 1991: 23).

O conceito durkheimiano de representações coletivas é uma referência para o desenvolvimento de uma teoria das representações sociais, e a abordagem desse autor oscila entre duas visões: por um lado as possibilidades de representação do mundo (social) são infinitas; e por outro, o mundo só é mundo enquanto socialmente representado (Durkheim&Mauss, 1978).

Magnani (1988) traz a noção de representação como uma espécie de imagem mental da realidade, colocando que a representação não flui diretamente dos discursos dos atores sociais, mas é um processo de reconstituição por parte do cientista social. Esse autor problematiza o conceito ao ressaltar que nem todo objeto social é socialmente representado e que nem todo falar social veicula representações. Assim, representação social:

...é algo assim como uma espécie de imagem mental da realidade. Os ingredientes dessa imagem seriam, em primeiro lugar, as experiências individuais decorrentes da realidade social em que o ator está imerso, realidade que se apresenta sob forma de círculos concêntricos - família, rede de vizinhança, bairro, categoria profissional, partido, classe social, etc." (Magnani, 1988: 128).

O presente estudo entende representações sociais como as concepções, imagens e visões de mundo que os diferenciados atores sociais produzem e fazem uso em diferentes práticas sociais em um determinado momento. Nesse sentido, tal perspectiva é considerada de carácter crucial para a abordagem do campo da Antropologia da Saúde.

O uso do conceito representação social é importante na presente discussão por entendermos que existe, em cada sociedade, um discurso sobre a doença que não é independente do conjunto das construções de expressão mental. Assim, a doença é um fenômeno que ultrapassa o âmbito da medicina moderna, por envolver um conjunto de representações que a dão sentido e interpretam (Herzlich, 1991).

3.2 Maternidade

Priori (1995), abordando a questão da maternidade no Brasil colonial, refere que a identidade das mulheres se constituía através da maternidade. O estado e a igreja tiveram um papel importante nessa questão através da criação e santificação da imagem da mulher-mãe, que mantinha a mulher na esfera doméstica, transmitindo e reproduzindo os valores e comportamentos considerados modelo.

A crescente escolarização e profissionalização da mulher permitiu que ela assumisse um papel mais ativo na sociedade. De acordo com Maldonado (1989) essa conquista da mulher permitiu que ela se autossustentasse, se realizasse profissionalmente e ampliasse seu conhecimento, abrindo novas perspectivas existenciais, sendo que o casamento e a maternidade passaram a ser uma opção em vez de “destino”. Nesse sentido, casar e ter filhos passou a ser mais uma alternativa para as mulheres.

No entanto, Stasevskis (1999) nos chama atenção para o fato de que apesar de tais mudanças (históricas e sociais), ainda existe uma grande pressão ideológica para que as mulheres se tornem mães. A sociedade incentiva o desprezo e a piedade por mulheres que não têm filhos e condena aquelas que não os queiram.

Badinter (1985) coloca que a maternidade deve ser entendida como resultado de uma forte pressão social, para que a mulher só possa se realizar por meio desta. Tal pressão é tão grande que se torna difícil identificar se o desejo de maternidade é legítimo ou parte de uma coerção social.

Com o nascimento do filho em vários contextos, a mulher tem que enfrentar as pressões relacionadas à amamentação. Como nos lembra Costa (2004), desde o século XVIII, a ação dos médicos e higienistas reforçou a valorização da figura materna. Os médicos culpabilizavam as mulheres por não amamentarem os seus filhos reforçando, desse modo, que essa atitude tinha implicações na saúde da criança, com o propósito de convertê-las ao modelo de “mãe amorosa alimentando o bebê”.

Atualmente, essas pressões no sentido de exaltar a figura materna são aparentes na decoração de determinados locais como serviços de saúde onde há vários cartazes de mães com recém-nascidos ao colo amamentando. Fonseca (1995) chama atenção para o fato de que a mística que cerca a mãe é bem mais do que algo superficial, que tem um sentido todo especial, imbricado nas experiências vividas pelas pessoas. Assim, as mulheres fazem tudo para ostentar seu zelo materno, pois, mesmo não sendo praticado universalmente, o aleitamento é idealizado por grande parte das mulheres (Fonseca, 1995).

Como algumas autoras chamam atenção (Fonseca, 1995; Sarti, 1996), a questão da maternidade e da família são de extrema importância entre os grupos populares no Brasil. A família é o substrato da identidade social dos membros das classes populares, é uma questão ontológica. Seu valor se refere a sua identidade de ser social e constitui o parâmetro simbólico que estrutura a sua explicação do mundo (Sarti, 1996: 33).

O que define a extensão da família entre os membros das classes populares é a rede de obrigações que se estabelece: são da família àqueles com quem se pode contar, àqueles que retribuem ao que se dá, àqueles com quem se tem obrigações. São essas redes de obrigações que delimitam vínculos e fundamentam a família, estruturando suas relações, o que define a pertinência ao grupo familiar (Sarti, 1996: 63).

4 MULHERES E AIDS

A maior parte das entrevistadas teve conhecimento de que era HIV+ durante a gestação, mais concretamente no pré-natal ou no momento do parto. O tempo mais antigo do diagnóstico é de 13 anos, e o mais recente é inferior a 1 ano. As mulheres que tiveram o diagnóstico há cerca de 2 anos estão no processo de adaptação à ideia de convivência com o vírus.

As mulheres que estão se adaptando à convivência com o vírus evitam pensar na doença no seu cotidiano. Referiram que, a partir do momento que receberam o diagnóstico, passaram a valorizar mais o seu dia a dia, uma vez que têm a percepção de que, por serem portadoras do HIV, têm maiores possibilidades de adoecer e, como resultado disso, perder a vida.

Elas fizeram ainda referência ao fato de aproveitarem os momentos que entram em contato com outras mulheres soropositivas no serviço de saúde (onde foi realizada a coleta dos dados), quando procuram atendimento, para trocar experiências sobre a doença e se conscientizar de que, mesmo sendo portadoras do vírus, podem levar a cabo as suas vidas normalmente tal como as mulheres que encontram no serviço.

Já as mulheres que tiveram o diagnóstico há mais de 2 anos aceitam melhor a sua soropositividade. No entanto, o vírus torna-se uma presença constante em suas vidas, e elas têm que conviver com essa nova realidade, pois, em algum momento do dia, ela se torna evidente em função de seus próprios pensamentos ou de algo que aconteça e as faça refletir sobre a questão. Assim, uma das entrevistadas disse o seguinte: "... a gente acaba superando, mas é uma coisa que tu carrega todo o dia, eu pelo menos carrego todo o dia comigo, tem alguma hora do dia que eu paro e penso *bah eu sou soropositiva*" (Entrevistada A, HDI, Branca, 31anos, Separada, HIV+ há 5 anos).

Para levar a vida a diante, as informantes vivem o dia a dia como se não estivessem infectadas, procurando, nas palavras de uma delas, não *martelar* sobre o assunto, evitando dessa forma a tristeza e o nervosismo. No entanto, um momento em

que a sua condição de HIV+ se coloca evidente é quando têm que procurar algum tipo de assistência no serviço de saúde.

O *martelar* sobre a doença é identificado pelas mulheres como fonte de angústias individuais e, é percebido como algo que traz consequências para a sua vida e para a saúde, como expressa uma das entrevistadas: “eu só penso nessa doença quando eu tenho que vir para o hospital, se eu for pensar todo o dia, eu não vou conseguir ir para frente” (Entrevistada J, HDI, Negra, 33 anos, Separada). Assim, a estratégia sugerida pelas mulheres para evitar *martelar* sobre a doença é ocupar-se com as questões cotidianas, como exercício do papel de mãe, cuidado da casa e trabalho.

Abordando a depressão entre mulheres HIV+ de grupos populares, Knauth (1998) chama atenção para o fato de que:

“... os efeitos prejudiciais do pensar não se limitam ao plano psicológico e corporal, mas implicam também uma espécie de avaliação moral da pessoa. Quem pensa muito é quem tem tempo para fazê-lo – o que implica o não cumprimento, ao menos em sua totalidade, de suas atribuições sociais. Dessa forma, pensar na doença é identificado como a origem da depressão, compromete o *status* social da mulher, colocando em questão a própria legitimidade da sua contaminação” (Knauth, 1998: 146).

Relacionado a essa questão a Entrevistada H disse: “... eu não posso martelar, se eu martelar aí eu enlouqueço. Eu prefiro apagar porque é bem melhor” (Entrevistada H, HDI, Branca, 32 anos, Separada).

A maior parte das mulheres referiu que se infectou pelo vírus da Aids em relacionamentos com parceiros anteriores ou atuais, uma delas referiu ainda que se infectou por ser usuária de drogas (*crack*). É interessante notar que duas das entrevistadas mencionaram ter se contaminado pela via não sexual, tendo como justificativa para a contaminação o contato com instrumentos perfurocortantes em tatuagens e manipulação de lixo hospitalar, sendo que a primeira trabalhava como tatuadora, e a segunda como faxineira no posto de saúde.

As mulheres justificam a sua contaminação pelo relacionamento com parceiros fixos (maridos), dentro de casa, destacando a legitimidade da sua contaminação e se diferenciando de outros portadores do vírus da Aids (prostitutas, homossexuais e

usuários de drogas) que se contaminaram devido a atitudes e comportamentos socialmente condenáveis, como a promiscuidade, atitudes desviantes e uso de drogas. Assim, pela legitimidade da sua doença, para as mulheres a sua soropositividade é mais aceita socialmente, por acreditarem que, diferentemente dos demais, não procuraram a doença.

Peguei do meu esposo porque eu nunca tive relação com ninguém, a gente era casado, com duas meninas e eu estava grávida de um guri. E eu nunca imaginei que eu ia ter HIV né (Entrevistada B, HDI, Branca, 37 anos, Casada).

Se por um lado, as mulheres justificam a sua contaminação pelo relacionamento com seus parceiros o que legitima a contaminação, por outro, por serem portadoras da Aids, essas mulheres necessitam manter preservado o seu *status* social através do cumprimento dos papéis de mãe e esposa. O desempenho do seu papel social é crucial na demarcação da sua identidade e no relacionamento com os demais. Nesse sentido, mais importante do que ser portadora do vírus da Aids, é que ela seja uma “boa mãe” e esposa.

As entrevistadas que se infectaram através de parceiros referiram que a fraca capacidade de negociação do uso do preservativo é algo que as coloca em uma situação de constante vulnerabilidade. Mesmo que elas tenham conhecimento da necessidade do uso do preservativo, os seus parceiros não aceitam, referindo que não veem necessidade por confiar na mulher e por esta ser sua parceira habitual.

A questão da fraca capacidade de negociação do uso do preservativo entre as mulheres nas relações sexuais, bem como a questão da confiança entre os parceiros foram identificadas e discutidas por vários autores (Guimarães, 1996; Villela, 1996; Barbosa, 1999) que realizaram estudos com mulheres HIV+.

Tendo em vista à mudança de comportamento em relação a essa questão, o Ministério da Saúde desenvolveu várias campanhas de educação e comunicação difundidas pela mídia. Entretanto, passados vários anos desde o surgimento da epidemia no Brasil, permanece no imaginário das pessoas a ideia da confiança como mecanismo de proteção contra o vírus da Aids.

A Dra. lá em Santa Maria falava que eu tinha que usar camisinha, se não minha imunidade ia ficar baixa. Daí eu falava para o meu marido, mas ele achava que não era normal, que ele era meu marido e sendo meu marido não ia usar. Ai eu falava para ele e ele falava que não, e ai agora, quando eu fiquei grávida, eu falei para ele, aí ele falou que não, que não ia usar, que confiava em mim. Só que a Dra. falou que não era pela confiança e conversou com ele, mas não adiantou (Entrevistada G; HDI, Negra, 38 anos, Casada).

...eu tomei cuidado de princípio, mas homem é um tipo de pessoa que conhece a mulher por uma semana e já não quer usar mais nada de camisinha, não quer tomar cuidado... E assim eu brigo para usar camisinha, mas tem épocas que a insistência acaba vencendo a gente, e a gente acaba cedendo (Entrevistada M, Alojamento Conjunto, Branca, 35 anos, Separada).

Pelo que foi referido nos trechos das entrevistas, pode-se perceber que, longe de culpabilizar os parceiros pela doença, as mulheres justificam a contaminação por esta ter se dado no âmbito da esfera doméstica. Evidenciando que se distanciam das mulheres envolvidas com vários parceiros, uma vez que se infectaram por um parceiro fixo, não tendo procurado a doença, o que, em certa medida, faz com que se sintam isentas de culpa perante os demais. Se por um lado, as entrevistadas têm consciência de que os seus parceiros são os responsáveis pela sua condição sorológica, por outro, o comportamento dos parceiros é justificado em função de estes serem homens.

Abordando o discurso de culpabilização da doença, Sontag (1984) mostra como as representações sobre a tuberculose e câncer foram produzidas por discursos médicos, que reforçam crenças sobre os processos de adoecimento, culpabilizando os indivíduos pela sua condição. Nesse sentido, a medicina tende a interpretar a doença como punição por um comportamento inadequado, aspecto que ocorre desde os tempos remotos quando se referia a sífilis como um castigo reservado aos pecadores.

No entanto, a mesma autora chama atenção para o fato de que a redução da doença à metáfora gera preconceitos. A doença deve ser vista como um evento físico, permitindo que a pessoa doente deixe de se sentir responsável pelo mal que carrega, despertando em si mesmo sentimentos de autorrejeição e de punição (Sontag, 1984).

Sinto culpa por estar doente, porque o vírus é como se fosse culpa tua, tu tem responsabilidade. Eu podia ter evitado, mas não evitei, isso me deixa triste, mas agora já é tarde (Entrevistada F, HDI, Branca, 37 anos, Casada).

... no fundo fica aquela coisa assim ah si eu tivesse me cuidado, ah si eu tivesse escutado pai e mãe, ah se eu não tivesse sido tão burra, enfim a gente se culpa né (Entrevistada A, HDI, Branca, 31 anos, Separada).

Pode-se perceber, pelo depoimento da última entrevistada, que a semelhança do que foi evidenciado por Knauth (1997):

“... pela reavaliação de sua trajetória sob o prisma da Aids as mulheres conseguem identificar os conselhos dos consanguíneos e compreendê-los à luz do presente. A partir dessa retrospectiva, passam a reconsiderar sua relação com estes. Dando-lhes razão, lamentam a posição tomada em favor do cônjuge, pois se tivessem lhes dado ouvidos, não estariam, provavelmente, contaminadas pelo vírus da Aids. Mas por outro lado, concluem que é muito tarde para se lamentar, pois agora não há mais nada a fazer, visto não ser possível voltar no tempo” (Knauth, 1997: 59).

A percepção que a sociedade tem sobre a doença é fortemente influenciada pelo discurso do senso comum, e no caso das DST como o HIV, manifesta-se pela culpabilização das mulheres. Parker & Aggleton (2001), abordando a questão do estigma e da discriminação, identificaram determinados aspectos que reforçam atitudes discriminatórias como o abandono por parte dos parceiros e a rejeição familiar das mulheres por serem soropositivas. Por temerem essas situações, algumas mulheres preferem não saber a sua condição sorológica, e se souberem, preferem mantê-la em segredo.

No caso das mulheres entrevistadas, que tiveram filhos recentemente, a culpa aparece vinculada à realização do pré-natal. É assim que as informantes que não fizeram o pré-natal ou iniciaram o acompanhamento no final da gestação, manifestaram maior preocupação e receio de que seus filhos se infectassem como ilustra a fala que se segue: “... eu senti medo quando me falaram, porque se eu tivesse descoberto antes talvez eu poderia ter prevenido bem antes disso e ter evitado passar para o nenê” (Entrevistada Q, Alojamento Conjunto, Negra, 18 anos, Casada).

4.1 Descrédito no Diagnóstico

No início, todas as informantes manifestaram descrédito no diagnóstico de que eram soropositivas. Diferentemente da maioria delas, 4 mulheres que possuem nível de escolaridade mais elevado (segundo grau completo) referiram que, apesar do descrédito quando tomaram conhecimento da sua sorologia, preocuparam-se em aprofundar os conhecimentos sobre a doença por meio de leituras e programas de televisão, de modo a compreendê-la melhor.

No entanto, duas das entrevistadas mostraram tranquilidade na aceitação do diagnóstico, uma vez que tiveram e têm casos de doença na família (mãe e pai), o que lhes permitiu uma familiaridade maior com a doença em relação às demais mulheres. Essas duas entrevistadas referiram que seus familiares têm conhecimento de sua sorologia e que foram a sua principal fonte de apoio emocional quando lhes foi revelada a sorologia para o HIV.

As mulheres entrevistadas não se reconhecem no discurso de doentes de Aids vigente. Esse aspecto faz diferença no seu diagnóstico e na perspectiva em relação à Aids. Elas não se veem enquadradas no perfil da Aids que vigora no senso comum, especialmente no que concerne aos grupos de risco e às manifestações visíveis da doença (emagrecimento excessivo, queda de cabelo e manchas na pele).

Quando buscam atendimento médico e são diagnosticadas soropositivas para o HIV, as mulheres passam a ter uma *disease*. Ao mesmo tempo, não se percebem como doentes, ou seja, não possuem uma *Illness* (Kleinman, 1978). “*Disease in the medical paradigm is malfunctioning or maladaptation of biologic and psychologic process in the individual; and illness represents personal, interpersonal, and cultural reaction to disease or discomfort*” (Kleinman, Eisenberg e Good, 1978: 252).

As visões de mundo diferenciadas do médico e da mulher interferem na relação que se estabelece entre ela e o médico. Por um lado, o médico acredita que a mulher é portadora de uma doença e que precisa ser submetida ao tratamento antirretroviral a fim de diminuir os riscos de transmissão do vírus para o feto. Por outro, diferentemente do profissional da saúde, a mulher não se sente doente e não possui manifestações da

doença. Não se percebendo como doente, a mulher pode desacreditar no diagnóstico e não ver a necessidade em aderir ao tratamento antirretroviral.

Contribui ainda para o descrédito no diagnóstico o fato de as informantes estarem ou terem estado envolvidas em “relacionamentos estáveis”, não se percebendo como possíveis alvos da doença, uma vez que a estabilidade do vínculo é interpretada como algo que, em princípio, assegura a não contaminação tanto para os homens como para as mulheres (Giami, 1998; Alves et al, 2002).

4.2 Vivendo com o Vírus

A descoberta do vírus trouxe mudanças para a vida das mulheres, no sentido em que passaram a viver com a presença constante da ameaça da doença. O outro aspecto trazido pela ameaça do vírus foi uma tendência maior das mulheres em ficarem *nervosas* e *pensativas* sobre a sua saúde.

Diante do novo cenário, os seus filhos, principalmente os nascidos após o diagnóstico, têm sido o que as estimula a dar continuidade à vida. A vontade de vê-los crescerem com saúde, livres do vírus, ajuda a enfrentar os desafios trazidos pela doença.

A outra grande mudança que o vírus trouxe para a vida das informantes foi na rotina diária e no relacionamento que passaram a ter com os serviços de saúde. A revelação do diagnóstico e o nascimento dos filhos trouxeram a necessidade de um controle regular do seu estado de saúde e da criança, através de consultas e exames médicos frequentes. O que exige que elas deixem de realizar outras atividades sempre que necessitam de assistência médica. Esse aspecto é agravado pela distância entre seus locais de residência e o serviço.

Quando eu descobri que tinha o vírus a minha vida mudou bastante né, mudou tudo porque agora tenho médico, eu venho aqui toda a hora, eu estou sempre aqui. Eu faço meus exames aqui, meus filhos se tratam aqui, então eu tô sempre aqui. E vir sempre é complicado, porque eu trabalho, tem médico e exame a toda hora, daí é complicado (Entrevistada B, HDI, Branca, 37 anos, Casada).

No que concerne à revelação do diagnóstico para terceiros, a maior parte das entrevistadas referiu que contou ao parceiro, familiares (pais, irmãos, filhos, tios e sogros) e amigos próximos. No geral, os familiares têm sido uma grande fonte de apoio tanto emocional como material. “A soropositividade de um membro da família acaba por acionar a quase totalidade da rede de relações familiares, constituindo-se esta na principal fonte de apoio emocional e financeiro para o indivíduo doente” (Knauth, 1995: 388).

Importante realçar que, no caso das mulheres envolvidas no estudo, o tempo de diagnóstico, o fato de permanecerem ou não com o parceiro e a proximidade com a família são aspectos que influenciam na revelação do diagnóstico. Um número maior de mulheres (11) teve o diagnóstico da doença há mais tempo (3 anos ou mais) e o revelou tanto para seus parceiros como para familiares. Destas, 7 são negras e mostraram ao longo das entrevistas uma forte proximidade com a família.

Para essas mulheres, a família se apresenta como a principal fonte de apoio, que ocorre por meio de aconselhamento para superação da doença e sobre a necessidade de procurarem e manterem os cuidados com a saúde; bem como apoio financeiro para a compra de remédios, despesas com transporte para atendimento médico e outros aspectos.

No geral, esses aspectos influenciam na maneira como essas mulheres lidam com a doença, uma vez que, tendo compartilhado o seu diagnóstico com os familiares, mostraram-se mais conformadas com a sua condição e menos preocupadas com as questões relacionadas à doença.

Para além das 11 entrevistadas que tiveram o diagnóstico há mais tempo e o revelaram ao parceiro e familiares, outras 5 mulheres revelaram a sua soropositividade apenas aos parceiros, e residem com estes e seus filhos. Destacam que a semelhança das anteriores tiveram apoio emocional por parte do parceiro no momento em que descobriram serem portadoras do vírus da Aids.

As 4 mulheres que mantiveram segredo sobre o diagnóstico tiveram conhecimento da sua soropositividade recentemente (menos de 2 anos), são separadas, residindo com seus filhos. Afirmaram ter optado manter segredo sobre o

diagnóstico porque não se sentiam preparadas para revelá-lo, ou que preferiam não revelar por receio de sofrer algum tipo discriminação ou não serem aceitas.

Parker & Aggleton (2001), abordando a questão do estigma e da discriminação, identificaram o medo da rejeição e da estigmatização dentro de casa e na comunidade local, como elementos que impedem que pessoas com HIV e Aids revelem seu *status* sorológico aos seus familiares.

O impacto da não revelação do diagnóstico é marcante na vida das mulheres, uma vez que é bastante complicado guardar segredo sobre a doença. Elas manifestaram vontade de compartilhar essa informação com alguém da sua confiança, pois acreditam que isso permitiria que tivessem apoio e orientação nos momentos de maior necessidade. Relacionado a isso, uma das entrevistadas afirmou: “eu passo sozinha minhas frustrações, minhas mágoas, minhas dores, meus anseios”.

A outra preocupação que manifestaram é a de que, mantendo segredo sobre a sua condição, torna-se mais complicado saber se seus filhos serão amparados caso elas lhes faltem em algum momento. Mas que, ao mesmo tempo, têm o receio das consequências que podem advir caso se revelem soropositivas, mesmo que se sintam mal por não compartilharem com alguém.

As mulheres tomam como indicadores de que seriam discriminadas pela família os casos de pessoas próximas ou conhecidas que têm Aids e que compartilharam o seu diagnóstico, ou casos em que existe uma desconfiança por parte das pessoas de que a mulher seja soropositiva. Nessas situações, por serem soropositivas, as mulheres que revelaram ter o vírus HIV foram excluídas do convívio com pessoas próximas (vizinhos, amigos e familiares).

A exclusão se manifesta em atitudes como não participação em convívios como churrascos, aniversários e até mesmo por não partilhar objetos, como a mesma cuia de chimarrão ou o mesmo espaço físico; ou ainda através de comentários sobre a soropositividade da pessoa, o que a deixa em uma situação desconfortável perante os demais.

Por meio dos indicadores anteriormente mencionados, as mulheres acreditam que, caso revelassem a sua soropositividade, também seriam excluídas, o que poderia

influenciar na relação que têm com seus familiares e implicar sua exclusão por completo do convívio familiar. No entanto, foram relatados acontecimentos familiares que indicam que a mulher poderia ser aceita no seio da família se compartilhasse o diagnóstico. Essas situações são evidenciadas no apoio familiar prestado aos diferentes membros necessitados, particularmente nos casos de doença, através de apoio emocional e financeiro.

Esses aspectos ilustram uma ambivalência no sentido em que, as mulheres têm medo de revelar o diagnóstico por receio de que sejam excluídas pelos familiares; e ao mesmo tempo, manifestam o desejo de revelar a sua soropositividade aos familiares, o que permitiria que tivessem apoio por parte destes em caso de necessidade.

Se por um lado, as mulheres estão conscientes de que ainda existe muita discriminação na sociedade em relação aos portadores da Aids, por outro, devido a suas experiências em grupos populares, elas têm conhecimento de que, no seio desses grupos, persistem fortes laços de solidariedade entre os seus membros, o que permite que sejam amparadas em caso de necessidade.

4.3 Experiências de Discriminação

No que concerne a situações de discriminação, quase todas as entrevistadas que revelaram o estado sorológico para o HIV (tanto aos parceiros como familiares) referiram que, em algum momento, sentiram-se discriminadas. As situações mais comuns foram de pessoas evitarem compartilhar o mesmo espaço e os mesmos objetos com elas devido a sua soropositividade. O relato a seguir ilustra uma dessas situações: “Eu já passei por coisas assim como só porque tu usou um copo alguém não usa porque tu é soro, eles até não fala soro, a palavra é Aids mesmo. Então foi nessas coisinhas assim, foi com conhecidos mesmo” (Entrevistada H, HDI, Branca, 32 anos, Separada).

Algumas mulheres fizeram referência ainda a situações em que se sentiram discriminadas pelos profissionais de saúde no momento em que receberam o

diagnóstico nos postos de saúde onde consultaram. Nesses casos, o impacto do diagnóstico foi maior pelo tratamento inadequado dos profissionais.

O Dr. lá do posto em Canoas, falou comigo de um jeito que até parece que eu estava infectada por uma coisa horrível. Então foi aquilo que bateu em mim, ele falou: "tu não sabe, tu vai morrer e não há nada que eu possa fazer por ti, ninguém vai fazer nada por ti". Ele me deu um choque sabe, poh... Eu me sentei na praça e fiquei assim oh, eu não posso fazer nada por mim (Entrevistada M, Alojamento Conjunto, Branca, 35 anos, Separada).

A adoção de atitudes e comportamentos discriminatórios por parte dos profissionais dos serviços de saúde que as mulheres frequentavam anteriormente (próximos dos seus locais de residência ou nas suas cidades) contribuiu para que elas se sentissem desconfortáveis dentro desses serviços.

O desconforto das mulheres em relação serviço tornou a convivência com ele complicada, porque em vários momentos, essas mulheres teriam que fazer uso dele, principalmente no período da gestação. Para as mulheres, os profissionais de saúde deveriam ter uma preparação mais adequada para abordar as questões relacionadas a sua condição, bem como orientá-las em caso de necessidade, e não tratá-las de modo preconceituoso.

A experiência negativa das mulheres com os serviços de saúde anteriores (geralmente próximos dos seus locais de residência) e o receio de falta de sigilo no que concerne ao diagnóstico, contribui para que, quando se trata de questões relativas ao HIV e Aids, as mulheres procurem assistência em serviços distantes dos lugares onde moram ou até mesmo em cidades próximas, como acontece com a maior parte das mulheres envolvidas na pesquisa.

A pesquisa realizada por Parker & Aggleton (2001) faz referência a alguns casos de ausência de privacidade como um problema recorrente nos ambientes de cuidado à saúde. Salientando a existência de diferenças entre países e entre os estabelecimentos de cuidados à saúde, apesar da insuficiência de estudos comparativos sistemáticos.

Essa questão também foi identificada pela Rede Moçambicana de Organizações Contra Sida (2007) na pesquisa sobre a situação do HIV e tratamento antirretroviral em Moçambique. De acordo com a RENSIDA, o estigma e discriminação em relação as

peças vivendo com HIV/Sida constituem um forte entrave, porque pelo receio da discriminação os portadores do vírus HIV optam por não frequentar as unidades sanitárias em busca de tratamento, ou procuram hospitais distantes das suas casas.

A prática é pouco viável nos casos de tratamento antirretroviral que envolve idas frequentes ao serviço de saúde. Sendo que, em muitas situações, não é possível que o usuário da unidade sanitária se desloque até hospitais de cidades próximas por motivos como trabalho, por isso permanece algum tempo sem acesso ao medicamento antirretroviral, podendo desenvolver resistência do organismo ao tratamento (Rede Moçambicana de Organizações Contra Sida, 2007).

... o preconceito ainda é muito a pessoa fica com vergonha de sair, ir na rua ou então de ir no mesmo lugar ou comer com as pessoas, porque as pessoas ficam te olhando... nos postos existe muito mais preconceito, eles (os profissionais da saúde dos postos) tratam a gente de uma forma e quando sabem que tu tem HIV te tratam de outra forma... deviam ter uma maneira de conversar e dar o tratamento para as pessoas sem o povo ficar sabendo, porque se tu é ou não (HIV+) só interessasse a pessoa e não a Deus e a todo mundo... (Entrevistada M, Alojamento Conjunto, Branca, 35 anos, Separada).

No que concerne ao serviço especializado (HDI) onde foi realizada a pesquisa, as mulheres se sentiram acolhidas, principalmente em razão do apoio psicológico e emocional, além de encaminhamento e orientações sobre como viver com o vírus, disponibilizado no momento da revelação da sua soropositividade e ao longo de toda a gestação pelos profissionais.

Quando recebi essas orientações me senti mais firme, mais segura, o pessoal chegar e falar sem preconceito de forma natural. Eles mesmo me disseram que não precisava ter medo, que tem outras doenças como o câncer que mata mais ligeiro e é pior né (Entrevistada S, Alojamento Conjunto, Branca, 25 anos, Casada).

Nos casos das mulheres que manifestaram interesse em compartilhar o diagnóstico com os parceiros, mas não sabiam como fazer, ou que após a revelação tiveram resistência por parte dos maridos, a psicóloga e outros profissionais do HDI solicitaram a presença dele para realização de sessões de aconselhamento conjunto do casal.

Quando eu descobri que tinha o vírus passei pela psicóloga, ela conversou comigo e me aconselhou bastante, falou que isso aí não era a última coisa do mundo, que o câncer era pior. Daí ela deu bastante conselho para mim e para meu marido, a gente foi junto para conversar com ela umas cinco vezes (Entrevistada D, HDI, Branca, 23 anos, Casada).

O bom acolhimento por parte dos profissionais contribui em grande medida para que as mulheres que procuram o serviço se sintam à vontade para abordar as questões relacionadas a sua condição. Essas mulheres passam a ter o serviço como um aliado, um meio através do qual podem ter orientações relativas a sua doença e um lugar onde podem manifestar as suas inquietações e experiências relativas ao HIV e à Aids. Esses aspectos têm uma forte influência na adesão à medicação, tanto ao longo da gestação como posteriormente, caso seja necessário.

Aqui no HDI gurias conversaram comigo e me explicaram como tomar a medicação, é bem legal elas explicam tudo direito. Porque tu pega a receita do médico e tu fica besta te perguntando: “como é que eu vou tomar tudo isso?”, e tu passa aí com as gurias, senta e conversa com elas numa boa, te explicam, te dão toda a orientação (Entrevistada C, HDI, Negra, 32 anos, Casada).

5 GRAVIDEZ E PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL

Neste capítulo, são discutidas questões relativas à medicalização da gravidez a fim de diminuir os riscos de transmissão do vírus para o recém-nascido, experiências das mulheres com o serviço de saúde, desafios relacionados à ingestão dos medicamentos antirretrovirais na gestação e estratégias acionadas pelas mulheres para ultrapassar os constrangimentos vividos ao longo do processo do tratamento para a prevenção da transmissão do vírus de mãe para filho.

Em relação à maternidade após a descoberta da sorologia para o HIV, são focalizadas questões como a experiência de não amamentação, a influência das campanhas de mobilização desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em prol do aleitamento materno sobre a percepção e prática das mulheres, e o fato de que não amamentar constitui uma das primeiras manifestações visíveis do HIV/Aids. Por fim, é abordada a experiência de secagem do leite tanto no serviço de saúde como em casa.

5.1 Medicalização da Gravidez

As gestações que as mulheres tiveram antes de tomarem conhecimento da soropositividade para o HIV são referidas como não apresentando grandes complicações de saúde. As complicações mencionadas estão associadas a hipertensão, diabetes e complicações no parto.

Quase todas as informantes passaram pela Prevenção da Transmissão Vertical na gestação, que envolve acompanhamento médico e ingestão de medicamentos antirretrovirais (conhecidos como *coquetel*) diariamente, tendo como objetivo diminuir os riscos de transmissão do vírus HIV de mãe para filho.

Apenas duas mulheres entrevistadas não utilizaram medicação para evitar a transmissão vertical na gestação, porque não realizaram o pré-natal, mas receberam medicação intravenosa no momento do nascimento do filho. Como motivações para

não realização do pré-natal, foi referido não haver necessidade por se sentir bem durante a gravidez e uso de drogas (*crack*).

Esses dois casos indicam uma atitude de não conformação dessas mulheres à lógica médica, ambos relacionados a experiências ou expectativa de discriminação por parte dos profissionais da saúde. Caso a mulher usuária de *crack* frequentasse o serviço de saúde para realização do pré-natal, os profissionais a incentivariam a não fazer uso de drogas, principalmente ao longo da gestação, o que pode ter influenciado para que esta não procurasse atendimento médico para a realização do pré-natal durante a gravidez.

A segunda entrevistada que não realizou o pré-natal mencionou que passou por várias situações de discriminação no serviço de saúde da sua cidade (Canoas) no momento do diagnóstico. Ela fez referência ao fato de que para além de abordarem a sua soropositividade de modo discriminatório e de a terem informado que não havia nada a fazer para ajudá-la, os profissionais da saúde comentavam entre si sobre a sua doença. O que a colocou em uma situação constrangedora perante os profissionais e outras pessoas que procuravam atendimento no serviço, fazendo-a desistir de realizar o pré-natal.

Assim, realizou apenas uma ultrassonografia em um serviço de saúde particular alguns meses depois do ocorrido, com o objetivo de saber se não havia nenhum problema com o feto. E no momento do nascimento do recém-nascido, procurou outro serviço (HDI) para dar à luz.

Não faço consulta para não ter que sofrer preconceito das pessoas que trabalham no posto ou dos que estão no posto. Agora que eu ganhei essa minha nenê aqui eu falei que no exame deu que eu tenho HIV. Aí perguntaram se eu sabia qual é minha carga viral e eu falei que eu não sabia de nada, que nunca fiz exame nenhum, que nunca tomei medicamento e nunca me tratei para nada. Fui sincera direto com eles (Entrevistada M, Alojamento Conjunto, Branca, 35 anos, Separada).

Diferentemente das demais entrevistadas, cujo vínculo com o serviço de saúde se deu por meio do diagnóstico dado na gestação, com essas duas mulheres que não fizeram o pré-natal o vínculo se dá por intermédio da criança. Depois que ela nasce, as mulheres veem necessidade de procurar atendimento médico e passam a frequentar o

serviço. Assim, mesmo não tendo seguido a lógica médica que recomenda o pré-natal ao longo da gestação, as mulheres passam a frequentar o serviço de saúde com o objetivo de obtenção de tratamento para que seus filhos não desenvolvam o HIV.

Para as mulheres que fizeram a PTV, o processo de tomada de medicamentos foi caracterizado como desgastante, uma vez que os comprimidos provocam um conjunto de efeitos colaterais (do início até ao fim da gestação), sendo que os mais referidos foram: tontura, sonolência, dor de estômago, diarreia, azia, ânsia de vômito e anemia. A medicação foi, por isso, considerada forte, mas necessária por constituir uma possibilidade de que seus filhos possam viver sem o vírus.

Eu tomava e só vomitava assim que parecia que ia perder o nenê, eu até falei para o médico, “eu tomo esse medicamento e parece que eu vou vomitar ele (o nenê), vou cuspir ele (o nenê) para fora” (Entrevistada G; HDI, Negra, 38 anos, Casada).

... eu peguei nojo pelos remédio. Eu não queria tomar os remédio e eu sabia que eu tinha que tomar. Eu engolia e vomitava, e ai ficava tomando e tentando engolir, mas vomitava de novo... e ai o médico trocou para um outro, mas esse estava me dando muita dor no estômago... (Entrevistada E, HDI, Negra, 25 anos, Casada).

Pelos relatos supracitados, pode-se perceber que as mulheres entrevistadas se submetem a situações difíceis, nesse caso concreto a medicalização dos seus corpos em prol do bem-estar do feto ao longo da gestação, com fortes efeitos sobre a sua saúde (náuseas, tonturas, dores de estômago, diarreia e anemia).

Como ilustra o trabalho de Rohden (2003), o corpo da mulher é, historicamente, objeto de intervenção em prol da reprodução e dos filhos. Assim, os médicos, especialmente os das áreas ligadas à reprodução, como é o caso do ginecologista e do obstetra, passaram a dar uma grande contribuição para o crescimento do número de cidadãos, onde a quantidade e a “qualidade” do povo que compunha uma nação tinham cada vez maior interesse. Essa “qualidade” era garantida por meio de processos científicos, através dos quais se estudavam as causas da decadência da raça humana, e dos remédios adequados para impedi-la.

No entanto, é importante realçar que as mulheres envolvidas na pesquisa se submetem às intervenções médicas também pelo valor que atribuem à família, que se consolida com o nascimento dos filhos. Como nos recorda Knauth:

... o desejo de ter filhos não pode ser dissociado de suas funções pragmáticas tampouco de seu significado social, no sentido em que a gravidez é uma estratégia fundamental no estabelecimento e consolidação da aliança entre o casal, pelo prestígio social relacionado ao *status* de pai ou mãe, toda uma rede de relações é estabelecida e/ou consolidada através da criança (relações com afins e vizinhos) e pela preocupação com a descendência e a ideia de que os filhos possuem sempre traços dos ascendentes (Knauth, 1997).

Ao longo do processo de uso de medicamentos, as mulheres adotaram estratégias visando à diminuição dos efeitos colaterais da medicação, por exemplo, colocando o medicamento no meio do pão antes de engolir e ingerindo com suco ou leite (procurando desse modo evitar sentir o seu cheiro e o sabor). E, para evitar o esquecimento do horário, colocavam o despertador do celular para tocar, principalmente nos primeiros meses em que iniciaram a medicação.

Para além da medicalização da gravidez e dos seus efeitos, as mulheres enfrentaram na gestação outros desafios relacionados à adoção de medidas que visavam à não identificação do medicamento por parte de terceiros, ou procuravam evitar que alguém as visse ingerindo os comprimidos.

Uma estratégia usada é a de mudar os frascos dos comprimidos ou retirar a etiqueta/rótulo dos mesmos, ou tomar os comprimidos nos momentos em que se encontravam sós. No caso de serem questionadas sobre que medicamento era aquele, respondiam tratar-se de vitaminas ou medicamento para a anemia. Essas atitudes tinham por objetivo evitar questionamentos e desconfiança por parte de terceiros.

Na minha primeira gestação com HIV eu morava com a minha mãe, ai foi mais difícil, porque tinha que tomar o medicamento né. E ai o que eu fiz, eu disse para ela que eu estava com anemia profunda e que aquele medicamento eram da anemia. E cada vez que eu pegava o medicamento, eu tirava a etiqueta, ou eu botava num outro frasco e tomava (Entrevistada E, HDI, Negra, 25 anos, Casada).

5.2 Aprendendo a ser Mãe HIV+: “Não Dá o Peito para esse(a) Guri(a)!”

Em todos os casos, as entrevistadas tiveram experiências anteriores de amamentação com os filhos nascidos antes do diagnóstico de soropositividade. O período de amamentação variou de menos de 1 mês a pouco mais de 1 ano.

As mulheres que amamentaram por menos tempo justificam esse comportamento pela “falta de leite” ou alguma complicação no seio, como fissura e rachadura no peito (popularmente conhecida como *figo*), que provoca sangramento e dores dificultando ou impossibilitando a amamentação; infecção na boca do recém-nascido denominada candidíase (popularmente conhecida como *sapinho*), que causa coceira e dor, dificultando que a criança sugue o leite do seio da mãe.

A maior parte das mulheres que fizeram o pré-natal desde o início da gestação recebeu a informação de que não poderia amamentar no momento da revelação do diagnóstico. As mulheres que não fizeram o pré-natal também souberam que não poderiam amamentar, através do profissional da saúde (enfermeira, ginecologista e pediatra), no momento do nascimento do filho.

O momento em que têm conhecimento de que não poderão *dar o peito* foi referido com difícil por todo um conjunto de representações associadas ao ato de amamentar (transmissão de “carinho, amor e saúde” ao recém-nascido). Essas representações são fruto das ações de mobilização social desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (com a participação da mídia e de diversos segmentos da sociedade) com o objetivo de estímulo e promoção do aleitamento materno.

Para além dessas ações, existem várias outras, como a iniciativa do HAC, onde as mães são orientadas e apoiadas para a amamentação desde o pré-natal até o puerpério, aumentando dessa forma os índices de aleitamento materno exclusivo e continuado. Nessas ações e iniciativas, são veiculadas mensagens que associam o aleitamento materno à transmissão de “amor, saúde e carinho” ao recém-nascido, bem como ao ato de ser “boa mãe”. As campanhas e iniciativas do Ministério da Saúde acionam representações normativas sobre o que é ser mãe, tais representações também estão presentes nos grupos em que as mulheres se inserem. Assim, as ações

e representações sobre o que é ser mãe se tornam uma Política Pública, na medida em que passam a ser orientações de práticas com efeitos concretos na experiência das mulheres sobre a maternidade.

O mal-estar das mulheres associado a não amamentação se relaciona ainda ao fato de que o não amamentar constitui uma das primeiras manifestações visíveis da doença.

“A restrição sobre a amamentação adquire uma relevância maior para as mulheres soropositivas por acarretar implicações de ordem tanto físicas como morais. Por um lado, contrariando a importância atribuída, pelas mulheres, ao leite materno, sua capacidade e qualidade de proporcionar crescimento forte e saudável dos filhos. E, por outro, por desafiar a associação da amamentação como uma condição indispensável para a boa mãe. Colocando deste modo, as mulheres entre uma exigência médica e uma exigência social. Como justificar socialmente esta prática sem, ao mesmo tempo, explicitar a condição de portadora do vírus da Aids e sem perder o atributo de boa mãe” (Knauth, 1995: 387)?

Em relação a isso, uma das informantes referiu o seguinte:

... na gravidez do meu filho, nessa eu choquei porque eu já tinha uma menina, quem não sabia de Aids entendia pelo mamar, é assim até hoje, porque tu fala assim oh, “ah fulano não dá de mamar”, “ah, mas por que?” Essa frase vem, “ah, mas por que não dá de mamar, mas que estranho” até onde eu moro que é um lugar bem simples, as pessoas falam “por que não dá de mamar, mas que estranho não dar de mamar!”. Então tu já sabe o que eles pensam de ti (Entrevistada B, HDI, Branca, 37 anos, Casada).

Para a maioria das mulheres que fizeram o pré-natal desde o início da gestação, a informação sobre a impossibilidade da amamentação foi dada geralmente pelo infectologista, e posteriormente pelas enfermeiras na sessão de “adesão à medicação”.

No local de realização da pesquisa, essa conversa é realizada em uma sala particular, onde as profissionais envolvidas procuram esclarecer todas as dúvidas e questões levantadas pelas mulheres, sobre as consequências de não amamentar para os seus filhos. Nessa conversa, as profissionais realçam as questões relacionadas à saúde da criança, bem como procuram conscientizar as mulheres para o fato de que o não amamentar é algo que não interfere na saúde da criança e no vínculo da mãe com o filho.

... o Dr. sempre disse “se tu amamentar tu corre o risco de perder tua filha, tu vai perder tua filha”. Eles sempre me falaram: “não amamenta porque no momento que tu amamentar ela pode contrair o vírus e não adianta todo o trabalho que tu passou, para chegar na hora e tu dar de mamar” (Entrevistada E, HDI, Negra, 25 anos, Casada).

No que concerne ao vínculo entre mãe-filho, os profissionais do serviço onde foi desenvolvida a pesquisa procuram abordar essa questão com as mulheres, explicando que, além do aleitamento materno, existem outras formas de se criar o vínculo, através de uma aproximação entre a mãe e o recém-nascido no momento em que se dá a mamadeira. De acordo com as profissionais, a mulher pode usar esse momento para manifestar carinho à criança olhando nos seus olhos e conversando com ela.

A moça aqui do HDI conversou comigo ela falou que mesmo não podendo amamentar há outras formas de eu criar vínculo com o nenê, olhando no olho dele, sabe, e conversando com ele no momento em que eu dou a mamadeira... (Entrevistada I, HDI, Branca, 28 anos, Casada).

A recomendação para não *dar o peito* coloca as mulheres em uma situação difícil, no sentido em que, mesmo tendo conhecimento dos riscos de contaminação advindos desse ato, as informantes percebem que o leite materno é o melhor alimento que uma criança pode ter, principalmente nos primeiros meses de vida e mais ainda o “melhor alimento quando se trata de uma criança potencialmente doente” (Knauth, 1997: 50).

... não foi fácil saber que ela não podia amamentar no peito, foi triste, mas era o melhor para a minha filha. Eu não vou querer ver a minha filha com nenhum problema mais tarde, então eu sabia que era pra o bem dela (Entrevistada D, HDI, Branca, 23 anos, Casada).

Apesar da dificuldade em aceitar que não podem *dar o peito*, as mulheres têm que cumprir com a orientação, porque ela é colocada como um dos aspectos que aumentam as possibilidades de que o recém-nascido não desenvolva o vírus. As mulheres que tiveram outros filhos além do atual após se infectarem pelo vírus, por já terem passado por essa experiência, mostraram-se menos preocupadas com essa questão. A respeito disso, a entrevistada R referiu:

Na minha primeira filha foi complicado, porque ela veio para mim e ficou chorando demais, daí eu também comecei a chorar porque eu não podia dar de mamar para ela. Mas depois que me ensinaram a cuidar dela e a dar mamadeira para ela fui acostumando. E quando eu tive a outra foi mais fácil né, eu já sabia como cuidar dela (Entrevistada R, Alojamento Conjunto, Branca, 24 anos, Casada).

5.3 Ganhando o Nenê e Secando o Leite

No momento em que a mulher vai ao serviço para o nascimento do filho, ela informa aos profissionais que a atendem na emergência que é soropositiva. Caso desconheça o seu estado sorológico, o serviço tem como procedimento realizar teste anti-HIV para identificar se a mãe está infectada e, posteriormente, administrar a medicação antirretroviral pela via intravenosa a fim de reduzir os riscos de infectar o recém-nascido.

Esse é um protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde e o HF é um serviço de referência na prestação de cuidados do pré-natal, parto, e tratamento do recém-nascido e sua mãe com problemas de saúde ao nível do Estado.

Depois do nascimento dos filhos e ainda na sala de parto, as mulheres recebem um medicamento para “secar o leite”. Posteriormente, quando vai consultar com o médico, ele pergunta se o leite realmente secou e, caso não tenha secado, é disponibilizado mais um comprimido. Geralmente o leite seca após alguns dias na primeira ingestão do medicamento.

Apenas três das entrevistadas mencionaram que após a medicação o leite não secou, a primeira teve a filha há cerca de dois meses e referiu que até o momento da entrevista tinha leite e que ia tirando em casa para evitar que o *peito empedrasse*. A segunda referiu que o seu leite também demorou a secar e que realizou um procedimento caseiro, indicado pela sua avó para secagem. De acordo com ela, a receita funcionou, e o leite realmente secou.

Na minha segunda filha eu pendurei uma chave no pescoço, a minha avó disse para eu pendurar uma chave e eu andava com aquela chave pendurada no pescoço. Aquelas chave de porta antiga, sabe, aquelas tranca antiga, aquelas chave de metal, de ferro, foi essa mesmo. Ela disse que a chave fechava o

leite (risos) eu não sabia se fechava mesmo, mas fiz, porque a minha avó vem com essas receitas antigas dela e funcionou (Entrevistada C, HDI, Negra, 32 anos, Casada).

O terceiro caso é de uma mulher que teve complicações no parto e cujo filho nasceu prematuro (seis meses). Essa mulher esteve internada por quase um mês, tomou a medicação para o leite secar, mas não fez efeito, como forma de secar o leite enquanto esteve internada, foi enfaixada por três semanas. De acordo com o seu relato, o enfaixamento era feito pelas enfermeiras após o banho, para evitar que as colegas de quarto vissem e questionassem. As faixas eram apertadas, o que causava dor intensa e febre porque o seu peito estava cheio de leite.

... as enfermeira pegava a faixa, mandava mim levantar e enrolava na gente, bota um monte de faixa, tipo quando a pessoa tá quebrada, bah, mas apertaram, um horror, dói muito. Fiquei com o peito enfaixado três semanas e com febre... depois de um tempo eu falei para a Dra.: “não vão tirar?” e ela falou “ainda não secou e enquanto não secar tem que ficar enfaixada” (Entrevistada L, HDI, Branca, 23 anos, Casada).

À semelhança do que ilustra o depoimento anterior, Santos (2004) refere no estudo realizado com mulheres soropositivas que o enfaixamento¹⁶ era vivido pelas suas informantes como uma intervenção violenta, que trazia sensação de poda e de "ir contra a natureza", provocando dores, febres e ingurgitamento mamário (popularmente designado empedramento das mamas), tornando a não amamentação ainda mais penosa e punitiva, o que mostra inabilidade dos profissionais de saúde quanto ao manejo da lactação.

¹⁶ As medidas clínicas mais simples para a inibição da lactação no Brasil consistem em realizar compressão mecânica das mamas com atadura, imediatamente após parto. O enfaixamento é recomendado por período de sete a dez dias evitando-se a manipulação e estimulação das mamas. Pelas dificuldades de manutenção do enfaixamento por um período prolongado no puerpério, geralmente se sugere que seja realizada conjuntamente a supressão farmacológica da lactação (Brasil, 2006).

6 BREVE INCURSÃO SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

O capítulo seis faz uma breve apresentação da percepção a volta do leite materno ao longo do tempo. Em um primeiro momento, é apresentada a questão relativa as amas de leite, sendo que alguns escritores abordam o tema ao longo do tempo mostrando as suas origens e as percepções a volta da questão. Se por um lado, as amas de leite eram vistas como benéficas, como a única alternativa ao aleitamento materno; por outro, eram percebidas como prejudiciais a saúde da criança.

São trazidas ainda para o capítulo algumas iniciativas de promoção do aleitamento materno levadas a cabo no Brasil, com destaque para o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, Rede Amamenta Brasil, iniciativa Hospital Amigo da Criança, Método Canguru, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, Adoção do Código Internacional de Substitutos do leite Materno, adoção de ações de mobilização social e monitoramento das ações realizadas e das práticas de amamentação. Essas iniciativas são analisadas à luz do atendimento dado as mães soropositivas nos serviços de saúde que as adotam.

6.1 Aleitamento Materno e Amas de Leite

Filósofos romanos do séc. II D.C., como Plínio, Plutarco, Tacitus, Aulus e Gellius, escreveram várias obras a favor das mães que amamentavam os seus filhos, chamando atenção para o fato de que se a criança fosse amamentada por uma ama de leite, o elo de afeição e amor entre mãe e filho desapareceria. Nesse período, o leite materno era considerado um alimento adequado e com vantagens fisiológicas (Fildes, 1986 citado por Alves&Almeida, 1992).

Nos primeiros momentos da República Romana, as mulheres nobres tinham orgulho de criar os seus filhos. Na época dos Césares, com o esplendor do mais requintado luxo, com o deslumbramento dos seus prazeres, as damas romanas foram afastadas dessas responsabilidades. Do ponto de vista religioso e médico, a mãe era

considerada a melhor ama para o seu filho, embora, em determinadas circunstâncias, aceitasse os serviços das amas de leite (Ibidem).

Nos sécs. XVI e XVII, médicos e teólogos eram unânimes na afirmação de que a única alternativa ao aleitamento materno era apenas o uso de amas de leite. Um século mais tarde, verificaram-se algumas divergências, nas quais alguns autores tinham preferência pelas amas e outros por outra forma de alimentação. Essa concepção emergente possibilitou o abandono das amas, sem que fosse necessário o envolvimento da mãe na amamentação (Fildes, 1986 citado por Alves&Almeida, 1992).

Por volta do séc. XVIII, a família colonial brasileira, em particular as mulheres, sofreram várias críticas dos higienistas por não amamentarem seus filhos e os entregarem às amas de leite, que eram escravas que amamentavam os filhos de outras mulheres com retornos financeiros para o senhor de escravos. Essa crítica estava intimamente ligada ao projeto de redefinição da mulher enquanto mãe, e da criança enquanto investimento do Estado (Costa, 2004: 136).

Os higienistas criticavam fortemente o aluguel de escravas como amas de leite no período pós-parto, pois consideravam essa prática um abuso. Os senhores de escravos tiravam os filhos recém-nascidos das escravas para colocar na instituição da “roda”¹⁷ e obter maior aluguel, atitude que era vista pelos médicos como influenciando na moral da escrava, o que a tornava inapta a amamentar outra criança, por ter sido alugada e servir contra a sua vontade.

A reformulação da conduta feminina em relação aos filhos foi outro objetivo da crítica higiênica do aluguel de escravas. É nesse sentido que foi movido o processo contra a “falta de educação física, moral e intelectual das mães”. De acordo com os higienistas, os filhos da elite só caíam em mãos de escravas relapsas e viciadas porque as mães recusavam-se a amamentá-los. Para os médicos, o aleitamento das escravas era responsável pelo aumento da mortalidade de crianças e, decidiram fazer a mãe amamentar (Costa, 2004: 136).

¹⁷ Em alguns países, o elevado número de filhos de relações extra-conjugais levou à criação de numerosos lares para crianças abandonadas, surgindo a instituição da “roda” onde se colocava os recém-nascidos, garantindo o anonimato dos pais ou parentes (Fildes, 1986, citado por Alves&Almeida, 1992).

De acordo com Costa (2004: 256), o mais provável era que as mães ignorassem que a amamentação materna fosse vital à sobrevivência dos filhos. Foi só a partir do momento em que a vida da elite passou a ter importância político-econômica, que lhe foi dada no séc. XIX, que o aleitamento materno veio a ter essa conotação, ganhando foros de problema nacional. A mulher que não amamentava rompia duplamente os cânones naturais. Em primeiro lugar, porque se comportava de modo contrário a todas as fêmeas da classe dos mamíferos; em segundo lugar, porque contrariava sua outra vocação “natural”, a de ser mãe, conforme os higienistas.

A culpabilização da mulher foi uma faceta importante em sua relação com a higiene. É provável que a mulher de elite estivesse tendo, pela primeira vez, conhecimento de que não sabia cuidar dos filhos. Até então, nada podia certificá-la de que “amor de mãe” fosse sinônimo de amamentação. Nem inversamente de que não amamentar significasse desamor pela prole. Ao contrário, este gesto poderia ter justamente o sentido de cuidar bem dos filhos, conforme os preceitos da época. Os higienistas utilizavam este desconhecimento ou ignorância para obrigar as mulheres a amamentarem. Sem amamentação, diziam eles, não havia amor. A mãe que não amamentava era uma mãe “desnaturada”, comparável às feras (Costa, 2004: 258).

Entretanto, a pressão a favor da amamentação tinha outros objetivos, além da proteção da vida das crianças. A hipótese de Costa (2004) é que, para além de proteger a vida dos filhos, a amamentação foi utilizada para regular a vida da mulher. Há que considerar ainda que a detenção doméstica da mulher, através da amamentação, estava ligada à concorrência com o homem. E prendia-se ainda à coesão do núcleo familiar. A mulher que não amamentava dissolvia a família, afrouxava os laços familiares, os laços que prendem os pais aos filhos, os filhos aos pais, o esposo à esposa e vice-versa, e enfim os irmãos uns aos outros (Costa, 2004).

Assim, buscava-se, através da amamentação, depositar na mulher a responsabilidade pela unidade da família e dar ao homem maior disponibilidade para outras obrigações sociais. Em um período em que os métodos anticoncepcionais eram pouco ou nada praticados, em uma época em que a mulher tinha o mínimo direito ao coito, a amamentação colocou a sexualidade da mulher ao serviço da família, deixando uma margem estreitíssima para o livre funcionamento (Costa, 2004).

Embora houvesse algumas diferenças de atitude entre famílias e regiões, durante muito tempo, era prática corrente as mulheres de *status* social elevado não amamentarem os seus filhos por várias razões, dentre as quais se destacam: possibilidade de pagar outra mulher para amamentá-los; preservação da sua saúde e beleza (acreditavam que amamentar as envelheceria); crença de que a mulher que amamentava devia se abster das relações sexuais; e doença ou problemas nos mamilos (Palmer, 1988).

6.2 Promovendo o Aleitamento Materno

Em 1981, foi lançado no Brasil o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, que inclui diversidade de ações desde campanhas na mídia, treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento em amamentação individualizado, produção de material educativo, estabelecimento de grupos de apoio à amamentação na comunidade, aprovação de leis que protegem a amamentação e controle do marketing de leites artificiais. Desde então, várias iniciativas têm sido desenvolvidas ao nível federal, estadual e municipal com vista a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (Alencar, 2008). Dentre as quais se destacam:

- A Rede Amamenta Brasil, estratégia criada em 2008, propõe-se a uma revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde, apoiada nos princípios da educação permanente em saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais. Os pilares de sustentação são os tutores, profissionais com experiência em aleitamento materno preparados para utilizarem referenciais da educação crítico-reflexiva no ensino e aprendizagem do aleitamento materno em oficinas com duração de 40 horas.
- A iniciativa Hospital Amigo da Criança (HAC) e o Método Canguru (MC). A iniciativa está inserida na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e

Crianças de Primeira Infância da OMS e do UNICEF e tem por objetivo resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso, por meio de mudanças na rotina nas maternidades para o cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.¹⁸ Entre 1992 e 2009, foram credenciados 352 hospitais brasileiros na iniciativa HAC. O MC é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado do recém-nascido de baixo peso, que, além de promover maior aproximação entre mãe e filho, influencia positivamente as taxas de aleitamento materno nessa população. Com a sua implantação em 2000, equipes de 333 maternidades estiveram envolvidas, englobando mais de 7.000 profissionais capacitados (Brasil, 2009a).

- A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, com 271 unidades vem se expandindo. Entre 2003 e 2008, a coleta de leite aumentou 56%, o número de doadoras praticamente dobrou, chegando a 113 mil, e o número de crianças beneficiadas cresceu 50%. Além de coletar, processar e distribuir leite humano, os bancos de leite prestam assistência às lactantes cujos filhos estão hospitalizados ou que tenham dificuldades com a amamentação (Fiocruz, 2010).
- Adoção do Código Internacional de Substitutos do Leite Materno, a partir do qual em 1988 criou-se a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes. Em 2006, com base nesta última, foi criada a Lei 11.625, que regulamenta a promoção comercial e dá orientações do uso apropriado de alimentos para crianças de até 3 anos de idade (Araujo et al., 2006).

¹⁸ Os Dez Passos consistem basicamente em medidas que visam informar a todas as gestantes sobre os benefícios e o correcto manejo do aleitamento materno. As mães devem ser informadas das vantagens do aleitamento e das desvantagens do uso de substitutos do leite materno, além de ter noções sobre lactação, estímulos para produção do leite materno, dificuldades e soluções para os problemas na amamentação.

- Adoção de ações de mobilização social, onde desde 1992 é comemorada a Semana Mundial de Amamentação, com a participação da mídia e de diversos segmentos da sociedade. Em 2003, instituiu-se o dia 1º de Outubro como o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, com o objetivo de aumentar o volume de leite humano doado no país.

O monitoramento das ações realizadas e das práticas de amamentação está sendo feito através de inquéritos nacionais (1999 e 2008), no dia da campanha nacional de vacinação contra poliomielite. Outras pesquisas de âmbito nacional como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (a cada 10 anos) também investiga as práticas de aleitamento materno.

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, mostraram que a prática de aleitamento tem progredido no Brasil, especialmente em relação à duração total da amamentação. Em um período de 10 anos, de 1996 a 2006, houve um aumento do aleitamento exclusivo entre crianças dos 2 aos 3 meses de idade de 26,4% para 48,3%, respectivamente (Brasil, 2009b: 7). Entretanto, o aleitamento materno exclusivo continua sendo uma prática pouco frequente e de curta duração, estando muito aquém da recomendação preconizada pela Organização Mundial da Saúde.

As iniciativas descritas com objetivo de promoção do aleitamento materno desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em parceria com outras organizações, têm em vista aumentar o índice de amamentação exclusiva em bebês até aos 6 meses de vida, atualmente situado em 41%.¹⁹ Percentagem que está abaixo do que é estabelecido pela OMS, que preconiza que pelo menos 90% das crianças tenham o leite materno como único alimento nos 6 primeiros meses de vida.

As iniciativas descritas são importantes para analisar a questão do atendimento das mulheres HIV+ nos hospitais que as adotam, mulheres que são aconselhadas pelos serviços a não amamentar, mas que ao mesmo tempo convivem com os

¹⁹ Dados retirados da revista *online* agenciabrasil.ebc.com.br, divulgados pelo ministro da saúde em entrevista dada no dia 01 Ago. 2011 pela Semana Mundial de Amamentação. Acesso em: 02 Ago. 2011.

discursos veiculados aos benefícios do aleitamento materno e, com iniciativas pró-aleitamento como o Hospital Amigo da Criança.

A iniciativa HAC, por exemplo, desencoraja o uso da mamadeira em hospitais quando, por algum motivo, a mãe não pode amamentar²⁰, incentivando que as mães usem o copinho para alimentar o recém-nascido, com o intuito de não atrapalhar o sucesso do aleitamento materno e a sucção do peito. No entanto, a iniciativa não leva em consideração que as mães HIV+ não podem *dar o peito* para os seus filhos e que, nesses casos, a mamadeira é a alternativa que tem para a alimentação da criança.

Os hospitais que abraçaram essa iniciativa estabelecem que os recém-nascidos que não amamentam temporariamente tomem leite no copinho, como forma de evitar que posteriormente rejeitem o peito das suas mães. No entanto, como evidenciamos ao longo da pesquisa, no caso das mães HIV+ a recomendação dos profissionais da saúde é que elas nunca deem o peito para o seu filho.

²⁰ Para maiores informações sobre essa questão, consulte o Módulo 3 da Iniciativa Hospitalar Amigo da Criança: Revista Atualizada e Ampliada para o Cuidado Integral da autoria do UNICEF&OMS (2009).

7 ALEITAMENTO MATERNO, AIDS E CUIDADO COM O FILHO

O presente capítulo aborda questões relacionadas à internação das mulheres no alojamento conjunto, onde compartilham o quarto com outras mães. Experiência considerada marcante pelo fato de presenciarem outras mães amamentarem os seus filhos e em função dos questionamentos frequentes sobre as razões pelas quais elas não *davam o peito*, fato que deixa transparecer a existência de algum problema grave relacionado a sua saúde.

São discutidas, ainda, questões relacionadas à discriminação ocorrida no serviço de saúde como a revelação do diagnóstico por parte dos profissionais, questionamento dos profissionais sobre as pretensões das mulheres em relação à reprodução após a descoberta da sorologia para o HIV e atitudes negativas tanto dos profissionais como das colegas de quarto quando tomam conhecimento da soropositividade das mulheres.

O capítulo também aborda situações relativas ao cotidiano das mulheres que frequentemente têm que responder a pergunta - “mas por que tu não dá o peito?”, o que torna um grande desafio justificar a prática sem revelar que tem o vírus da Aids.

Em relação às representações sobre o leite materno, são focalizados temas relacionados à percepção do leite materno como alimento ideal para o recém-nascido, influenciada pelas campanhas de saúde pública; a questão do *apego* entre mãe-filho mediado pelo ato de amamentar; assim como todo o conjunto de representações em torno do leite materno que influenciam o modo como as mulheres percebem e vivem essa prática e outras relacionadas a ela, como o aleitamento cruzado.

Por fim, são trazidas para discussão questões relacionadas ao cuidado com os filhos nascidos após o diagnóstico, a mulher se mantém sempre em alerta com a sua saúde em razão da ameaça constante do vírus. O cuidado com a criança envolve ainda aspectos relacionados à alimentação e à administração de medicação antirretroviral nas primeiras semanas de vida.

7.1 “Eu Vi Elas Dando o Peito e Eu não Podia!”

A internação no alojamento conjunto na maternidade, onde compartilham o quarto com outras gestantes e puérperas, é uma experiência marcante para as mulheres infectadas pelo HIV. O fato de presenciarem suas colegas de quarto amamentando ou, nas palavras de uma entrevistada, "dando alimento, carinho e saúde para seus filhos" e, ao mesmo tempo, serem confrontadas com questionamento sobre as razões pelas quais não podem *dar o peito*, deixa explícito para elas sua condição de mães HIV+.

Quando a pergunta que não queria calar surgia - "por que tu não dá o peito?" -, as mulheres se apropriavam do discurso médico e alegavam problemas de saúde, como pressão alta, anemia, hepatite ou rachaduras no peito. Justificavam ainda a não amamentação devido à falta de leite ou pelos medicamentos fortes que ingeriram que, ao passarem para o leite, torna-o impróprio para o consumo do recém-nascido.

Nos casos das mulheres que alegavam falta de leite, as companheiras de quarto insistiam para que colocassem o recém-nascido para sugá-lo, estimulando desse modo a produção de leite. No entanto, em várias situações, mesmo que as mulheres deem uma boa desculpa por não *dar o peito*, permanece uma desconfiança por parte das colegas do quarto, que vão comentando entre si sobre o assunto, como ilustra o trecho abaixo:

... uma guria lá no quarto que já tinha falado que não ia dar o peito porque tinha problema de pressão. Claro que isso aí não é algo que convence alguém que tá dentro do quarto. Então a guria saiu para pegar a mamadeira para o nenê dela, e depois logo que ela saiu teve comentário: "tu viu, eu até acho que ela tem alguma outra coisa grave, por isso não dá o peito" (Entrevista M, Alojamento Conjunto, Branca, 35 anos, Separada).

Entre uma justificativa e outra dada pela mulher, acontecem momentos de contradição entre o que é dito por ela e algo mencionado pelo profissional da saúde. Uma dessas situações se dá quando a mulher diz que não amamenta porque não tem leite e, a seguir, o profissional da saúde aparece e pergunta na frente de outras mulheres: "mãezinha, tomou o remedinho para secar o leite?".

No quarto sempre perguntam “por que é que tu não dá o peito?” Ai eu disse porque secou, não dá para mim dar. Só que sempre acaba caindo alguma coisa... A mulher perguntou para mim e eu disse porque secou o meu leite, e ai a enfermeira chegou e perguntou “e ai mãe tomou o remedinho para secar o leite?” Ai ficou assim né... (Entrevistada E, HDI, Negra, 25 anos, Casada).

7.2 Discriminação no Serviço de Saúde

No alojamento conjunto, podem ocorrer situações de revelação do diagnóstico das mulheres por parte das profissionais da saúde. Duas entrevistadas referiram que profissionais da saúde abordaram a sua soropositividade na frente das companheiras de quarto, o que tornou a convivência complicada, culminando em situações de preconceito, como é ilustrado pelas suas falas:

A Dra. chegou lá no quarto e falou bem assim oh: “mas tu sabia que tu tinha HIV?”. Todo mundo ouviu e daí começava a cochichar umas para as outras... Ai as mulheres que estavam no quarto passaram a me fazer perguntas e, daí quando tinha visita e eu ia para o banheiro, elas falava “aquela mulher que tá ali tá com Aids, ah tô louca para ir embora daqui, para não pegar em mim nem no meu filho”. E eu escutando tudo, né (Entrevistada L, HDI, Branca, 23 anos, Casada).

A enfermeira chegou no quarto que eu estava com três mãezinhas, e elas tinham visita. Ela chegou e disse assim: “tu pede para algum familiar teu trazer teus antirretrovirais, tá bom”... Ela parou na porta e falou para mim assim, rosco [com desdém] né (Entrevistada A, HDI, Branca, 31 anos, Separada).

As entrevistadas referiram ainda outras circunstâncias em que se sentiram discriminadas pelos profissionais da saúde durante o período em que estiveram internadas no hospital. Geralmente envolviam reação negativa do profissional quando tomou conhecimento da soropositividade da mulher, e ocorreram no momento do parto, quando partilhava o quarto com outras mulheres e no berçário.

... a Dra. me examinou e disse para a outra: “ah, ela é da transmissão vertical, do hospital dia”. E eu senti a diferença ali. Ah ela é HIV+ e tal e falou para outra médica. E fez uma cara assim, sabe, na hora que eu fui ganhar o nenê. Tinha outras pessoas e eu me senti mal. Senti que ela falou para mim, quando ela olhou a minha carteirinha e viu, ela mudou... (Entrevistada B, HDI, Branca, 37 anos, Casada).

... na UTI, quando meu nenê estava internado lá, as enfermeiras que recém estão estudando [estagiárias], sabe, começavam a cochichar. Elas chegaram e falaram bem assim ah: “tu tem que chegar e colocar luva e jaleco que está bem ai em cima”. Mas falou bem alto, para todo o mundo ouvir... Eu tinha que colocar jaleco para pegar meu filho. Daí eu levantei, peguei o jaleco e coloquei as luvas, ai eu brincando com o meu filho o Dr. veio e me perguntou: “ah, por que é que tu tá assim”. E eu falei para ele porque a enfermeira me pediu para mim estar assim e ele falou “não precisa coloca jaleco nem luva” (Entrevistada L, HDI, Branca, 23 anos, Casada).

As atitudes supracitadas ilustram que ainda existem manifestações de preconceito e discriminação em relação aos portadores do vírus da Aids, em geral protagonizadas pelos próprios profissionais da saúde e pelas mulheres com as quais as entrevistadas compartilharam o quarto (alojamento conjunto). Essas situações contribuem para que as mulheres HIV+ não se sintam confortáveis ou acolhidas dentro do serviço.

A discriminação em relação aos portadores do HIV foi documentada por alguns autores no início da epidemia (Daniel&Parker, 1991; Parker, 1994; Galvão, 1994) e ainda se manifesta nos dias de hoje. Esse aspecto ilustra que a imagem inicial da Aids associada a comportamentos desviantes e à morte ainda não foi quebrada.

Passadas mais de três décadas do surgimento da epidemia, em uma cidade capital como Porto Alegre, as pessoas ainda manifestam atitudes preconceituosas e discriminatórias em relação aos portadores do vírus HIV. Entre as envolvidas no estudo, essas atitudes partiram tanto das mulheres com quem compartilharam o quarto (no alojamento conjunto) como dos profissionais dos serviços de saúde. O que coloca em evidência a existência de profissionais sem preparo para lidar com as questões relativas ao HIV e Aids.

O preconceito sobre a doença aparece também na forma do questionamento, por parte dos profissionais da saúde, sobre as pretensões das mulheres em relação à reprodução após o conhecimento da soropositividade para o HIV. Na opinião dos

profissionais, não é aconselhável que as mulheres soropositivas tenham mais filhos, por colocarem em risco as suas próprias vidas e a de seus filhos.²¹

... na emergência uma enfermeira pegou e perguntou para mim quantos filhos eu tinha e aí eu falei que tinha dois de 5 e 4 anos e daí ela falou assim, “ah, há quanto tempo tu tem o vírus” e daí eu há uns três anos e ela falou bem assim, “e mesmo assim tu tentou outro nenê? mas tu não pode ter mais filho também né, até por causa do vírus”, e ela falou bem rosco [com desdém] assim, sabe (Entrevistada R, Alojamento Conjunto, 24 anos, Casada).

A impossibilidade de amamentar seus bebês traz para as mulheres vivendo com HIV/Aids não apenas questionamentos no que diz respeito ao seu papel como mãe, como também suspeitas e sanções públicas sobre a própria infecção pelo vírus. Elas precisam lidar, por um lado, com os questionamentos das outras mulheres sobre a não amamentação e com seus próprios desejos de poder estar aleitando e, por outro, com a possibilidade, sempre presente, de que seu diagnóstico seja revelado ou mesmo questionado pelos profissionais da saúde.

7.3 Cotidiano Feminino e Aleitamento Materno

No seu dia a dia, as mulheres são frequentemente questionadas sobre os motivos pelos quais não *dão o peito*. Esses questionamentos ocorrem tanto nos seus locais de residência como no convívio com familiares, amigos, vizinhos e outras pessoas com quem interagem no seu meio social e em locais públicos (postos de saúde, ônibus, etc.).

Nesse momento, para essas mulheres surge o desafio de justificar a prática sem revelar o diagnóstico de infecção pelo HIV. Para dar legitimidade à justificativa, elas, da mesma forma que ocorre no hospital, apropriam-se do discurso médico, alegando

²¹ Knauth (1997: 41) ilustra duas perspectivas diferenciadas sobre o tema em questão. Por um lado, a perspectiva médica que desaconselha a gravidez entre mulheres HIV+, tanto em função da saúde materna como do risco de contaminação do feto; por outro, a perspectiva social na qual inúmeros fatores assumem relevância na decisão de ter ou não filhos.

problemas de saúde (anemia, pressão alta ou suspeita de hepatite), falta de leite e ingestão de medicamentos que tornaram o seu leite impróprio para o consumo da criança. Essas justificativas foram sugeridas pelos próprios profissionais de saúde ou parentes próximos (geralmente mãe) como forma de evitar perguntas por parte das pessoas com as quais a mulher convive.

Agora que eu vou voltar para casa, eu falei para minha mãe: "mãe o que a gente vai fazer". E ela disse: "é só tu chegar e falar que o leite secou, não sabe como secou e se ficar perguntando tu ignora" (Entrevistada Q, Alojamento Conjunto, Negra, 18 anos, Casada).

Frente à justificativa de que o peito não *criou leite* ou que o *leite não desceu*, as mulheres geralmente recebem conselhos de outras mulheres (mães, avós, sogras, amigas e vizinhas) de ingestão de receitas caseiras como chá de funcho, cerveja preta e gemada que ajudam a *criar leite* (estimular a sua produção). O trecho a seguir ilustra uma dessas recomendações: "... eu dizia que meu leite tinha secado, e aí a minha mãe às vezes olhava para meu peito e dizia *toma cerveja preta, chá*, essas coisa assim" (Entrevistada E, HDI, Negra, 25 anos, Casada).

É em casa, no seio da família ou no convívio com familiares, que as mulheres entrevistadas identificam uma maior pressão para *dar o peito*. Como forma de lidar com tal situação, algumas mulheres referiram que, devido à grande insistência para que amamentassem, em determinados momentos colocaram o peito na boca do filho, a fim de comprovar que, de fato, não tinham leite, como afirma uma entrevistada:

Quando eu voltei para casa, minha mãe falava: "tira o peito, tenta, bota na boca do nenê". E às vezes de tanto ouvir ela falando, eu colocava o peito na boca dele, e aí ele chupava, mas não saía nada. E eu falava: "olha mãe, ele não pega o peito, não tem leite". E ela dizia: "deixa mais um dia e outro tu vai ver que cria..." (Entrevistada L, HDI, Branca, 23 anos, Casada).

Os parceiros e familiares que conhecem as razões pelas quais a mulher não pode amamentar não as pressionam para *dar o peito*. No entanto, como na maior parte dos casos as entrevistadas revelaram a soropositividade a apenas alguns membros da família, situações de pressão são frequentes e, em vários casos, a mulher é vista como

uma mãe negligente, que não dá ao seu filho os cuidados necessários para o seu desenvolvimento saudável.

Outro momento em que as mulheres são pressionadas a *dar o peito* é quando os seus filhos adoecem e elas os levam para o serviço de saúde, onde consultam ou permanecem internados. Nos serviços, os profissionais da saúde estimulam que as mulheres amamentem como a criança forma de *acalma-la* por estar agitada e fazê-la parar de chorar.

Estas duas últimas situações, em que as mulheres são pressionadas a *dar o peito*, são formas que as pessoas com as quais ela interage têm de questionar simbolicamente o seu papel de “boa mãe”. Ao mesmo tempo, no momento em que outras mulheres se oferecem para *dar o peito* aos seus filhos, elas são confrontadas com exemplos de “boas mães”, mães que transmitem “amor, carinho e saúde” para seus filhos, como o caso da prima que amamentava tanto o seu próprio filho como a sobrinha.

Pelo cenário descrito, percebe-se que a amamentação não é um assunto do domínio privado, mas algo que diz respeito à mulher, à família e ao público em geral. No Brasil, são comuns as situações de mulheres amamentando seus filhos em lugares públicos (ruas, ônibus, praças, etc.).

A amamentação em lugares públicos pelas mulheres brasileiras se difere da concepção das mulheres inglesas estudadas por Víctora (1996), que percebem a amamentação como algo íntimo e privado. Para essas mulheres, a exposição de partes privadas do corpo em lugares públicos era motivo de constrangimento, sendo que, para algumas, amamentar em lugares públicos era impensável, por receio de se sentirem invadidas pelo olhar das outras pessoas para os seus seios.

Outra questão referente ao cotidiano das mulheres relaciona-se ao que elas consideram praticidade de *dar o peito*, por entenderem que a preparação da mamadeira é algo que leva tempo e é trabalhoso em relação ao peito que está sempre ali, pronto e disponível para a criança. Principalmente de madrugada, quando ela acorda e chora porque tem fome. Em relação a este aspeto foi referido o seguinte: “De madrugada que é horrível porque tu tem que levantar para esquentar água e fazer o

leite. E ai tu fica chateada né, seria tão fácil botar as tetas para fora e dá pra o nenê” (Entrevistada A, HDI, Branca, 31 anos, Separada).

As mulheres consideram ainda que a mamadeira dá mais trabalho nos momentos em que elas precisam se deslocar com a criança, sendo necessário, nessas circunstâncias, levar um conjunto de utensílios necessários para a preparação do leite (mamadeira, lata de leite e recipiente com água quente). Em relação a essa questão a Entrevistada K disse: “... com mamadeira o trabalho é pior, no ônibus tem que estar carregando tudo, um monte de coisa. *Dar o peito* é mais prático, né”.

De acordo com as entrevistadas, o peito *acalma a criança*, principalmente quando está agitada e chora muito para dormir. Nessas situações, a criança já tomou uma ou duas mamadeiras, e a mãe não pode dar outras. Quando isso acontece, as mulheres manifestaram ter vontade de colocar o peito na boca da criança para que ela se acalmasse e adormecesse. Em circunstâncias como esta, o que substitui o peito na tarefa de acalmar a criança é o *bico* (chupeta).

... quando o nenê queria dormir dava a mamadeira, mas ele chorava e ai dava mais outra. Mas, como ele já estava cheio vomitava e tu não podia dar mais, porque ele já estava cheio. Quando tu dá o peito, coloca ele de ladinho no colo, encosta ele no peito, mesmo que não pegue no peito, vai ficar ai com a boca e vai dormir né. Eu não podia fazer isso, como é que ia colocar o peito ai na boca dele para ele ficar quieto (Entrevistada C, Negra, 32 anos, Casada).

Outro momento considerado complicado no dia a dia das mulheres é nas primeiras semanas de vida da criança, que, quando colocadas no colo, sentiam cheiro do leite e procuravam o peito. Quando isso acontece, as mulheres referiram que também sentem imensa vontade de *dar o peito*. Para driblar a situação, as mulheres, antes de encostar os filhos junto ao peito, colocam sobre o mesmo um lençol ou pano, como forma de evitar que a criança sinta o cheiro do leite.

As mulheres HIV+ entrevistadas estão informadas de que não podem *dar o peito* e seguem tal recomendação médica. Entretanto, elas se deparam em várias situações com “vontade” de oferecer o peito aos seus filhos, mas têm que superá-la em prol da saúde do recém-nascido. Assim, as mulheres precisam lidar com uma questão objetiva ou médica (que recomenda a não amamentação) e, ao mesmo tempo, com suas

expectativas e desejos (a vontade de *dar o peito*), com a pressão familiar (a insistência para que ela amamente) e com o instinto da criança (a vontade que esta tem de mamar), principalmente quando sente o cheiro do leite do peito da mãe.

7.4 Representações Sociais sobre o Aleitamento Materno

O leite materno é considerado pelas mulheres o alimento mais adequado para o recém-nascido. Além das qualidades nutritivas, são destacados os benefícios preventivos contra as doenças através do aumento da imunidade da criança. Essa percepção sobre o leite materno é influenciada, em grande medida, pelas campanhas de saúde pública, veiculadas pelos órgãos de comunicação social que estimulam o aleitamento materno.²²

Nessas campanhas, são utilizadas mensagens que associam o aleitamento materno à transmissão de “amor, saúde e carinho” para a criança, contribuindo para que as mulheres que não o fazem se sintam desconfortáveis com elas próprias. Ao mesmo tempo, é criada uma imagem negativa sobre as mulheres diante da sociedade, por adotarem um comportamento contrário àquele que é esperado de uma “boa mãe”.

O trabalho realizado por Meyer (2002) problematiza as identidades maternas representadas em instituições como o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), o estatuto de maternidade que opera nelas e os efeitos de poder; questionando os interesses por detrás das definições de maternidade que fazem do aleitamento algo incontestável e indubitável.

Meyer chama atenção para o fato de que os sistemas de representação, ao operarem a equivalência entre o ser mãe e a prática da amamentação, constroem posições de sujeito, produzem diferenças e identidades... os processos de produção das maternidades normais, de risco e desviantes, da mãe responsável ou relapsa, de

²² As campanhas são desenvolvidas pelo Ministério da Saúde através de mensagens sobre os benefícios do leite materno para a saúde da criança, em um dos cartazes a mensagem difundida é “bebê sarado mama no peito”. Participam dessa campanha personalidades que possuem grande influência no imaginário das mulheres, que aparecem “felizes” e sorridentes enquanto amamentam seus filhos, incentivando que outras mulheres o façam. Em 2011, algumas das caras da campanha foram as atrizes Juliana Paes e Betty Gofman (esta última amamentando as suas gêmeas cada uma em uma *teta*).

vínculos mãe-filho adequados ou inadequados, que ocorrem dentro do PNIAM, têm efeitos concretos nas vidas das pessoas que nele são definidas, posicionadas e mobilizadas (Meyer, 2002: 386).

... eu me sentia mal em ver as outras dando o peito, porque tá sempre passando programas que dizem que o leite materno é a melhor coisa para o teu filho. Ai tu pensa, bah, eu não posso dar. E ai tu olha para o bebê, e embaralha tudo, sabe. (Entrevistada O, Alojamento Conjunto, Negra, 22 anos, Casada).

O outro aspecto relacionado à amamentação diz respeito ao vínculo entre mãe-filho salientado nas campanhas pró-aleitamento. A maioria das entrevistadas considera que não amamentar influencia no vínculo – *apego* – com o recém-nascido. Referem que um momento importante para a criação do vínculo é quando se coloca a criança junto do colo, no momento da amamentação, permitindo uma aproximação maior entre mãe e filho porque este fica sempre agarrado à mãe e se *apega* a ela.

Assim, o *apego* se estabelece tanto pelo contato físico como afetivo entre mãe-filho. Relacionado a esta questão a Entrevistada M relatou o seguinte: “... na mamadeira a criança fica menos tempo juntinho né, porque enquanto ela tá no peito ela te agarra, fica contigo para se deitar, para sair, tá sempre junto contigo”.

Meu único receio em não dar o peito é que talvez ele não seja tão apegado a mim como é o mais velho. Tem gente que acha que não tem nada a ver, dizem há porque há quem adota filhos que nunca mamaram no peito, mas que amam aquelas mães adotivas né. Mas é diferente quando tu tem um filho que dá mamar e outro que não dá, tu tem aquele receio que ele não vai me amar tanto sabe, fica aquele ponto de interrogação (Entrevistada A, HDI, Branca, 31 anos, Separada).

A percepção de que o aleitamento facilita o *apego* é associada ao fato de que a maioria das entrevistadas teve experiências anteriores de amamentação tanto na família, com mães e irmãs que amamentaram, como com os seus próprios filhos nascidos antes do diagnóstico de soropositividades para o HIV. As experiências relativas a amamentação, principalmente com os filhos que *mamaram no peito*, permitiram às mulheres perceber que, no momento da amamentação, há uma aproximação e um contato mais próximo entre mãe-filho, o que facilita o

estabelecimento de uma relação mais próxima entre ambos e, ao mesmo tempo, uma dependência por parte da criança, que manifesta vontade de permanecer com frequência junto ao peito e colo da mãe.

Três das informantes têm uma opinião contrária, para elas não *dar o peito* não influencia na ligação mãe-filho, porque o vínculo é criado pela relação que a mãe desenvolve com o recém-nascido, onde esta pode aproveitar momentos como quando dá a mamadeira para se aproximar mais da criança. No entanto, no caso específico dessas informantes, o sentimento que a mãe já nutre pelo filho também deve ser levado em consideração, pois é esse sentimento que facilita a aproximação entre mãe-filho.

As mulheres que acreditam na interferência da amamentação para a criação do vínculo são, na sua maioria, casadas, com mais de dois filhos e quase todas elas tomaram conhecimento da soropositividade em um período de tempo relativamente maior (3 anos ou mais). As três mulheres com opinião contrária são separadas, com dois filhos e foram diagnosticadas com o vírus HIV há menos tempo (pouco mais de 1 ano).

Em relação à questão do vínculo mãe-filho, existe, por um lado, o discurso médico que entende que o aleitamento materno permite o processo da relação afetiva “natural” e positiva entre a mãe e o bebê, sendo que, na prática de aleitar, existem elementos favoráveis para a construção da subjetividade do bebê e sensações de bem-estar da mãe (Almeida, 1999). Por outro, há o discurso da Psicologia que preconiza que, para a formação do vínculo, é importante a relação da criança com o rosto que a alimenta. Esse rosto e os objetos têm que ser sempre os mesmos, para proporcionar ao bebê a ideia de continuidade (Queiroz, 2005).

No serviço especializado onde foi realizada a pesquisa, existe um discurso substitutivo veiculado pelos profissionais no que concerne a relação mãe-filho. O discurso substitutivo usado pelas profissionais é baseado na concepção de que existem outros mecanismos de criação do vínculo, levados a cabo quando se dá a

mamadeira para o bebê através de atitudes como olhar no olho da criança, falar com ela de amor e colocá-la próxima do colo da mãe.²³

Os discursos psicológico, médico e alternativo usado no serviço têm uma perspectiva mais individualista sobre a questão da amamentação, centrada na ligação mãe-filho. No entanto, é importante considerar que a amamentação é algo mais abrangente que, para além da mãe e da criança, envolve a família e a sociedade em geral, tornando-se por isso um fenômeno mais complexo. Assim, as representações associadas à amamentação que vigoram no contexto ao qual as mulheres estão inseridas, terão uma forte influência sobre o modo como as mulheres as percebem e sobre a prática da amamentação.

As representações em torno do aleitamento materno que o associam à saúde e bem-estar da criança contribuíram para que duas das mulheres entrevistadas (mesmo após o diagnóstico de soropositividade) amamentassem seus filhos durante dois a três meses. As mulheres que aleitaram tendo o vírus HIV são religiosas, frequentadoras da igreja *evangélica* que acreditam na presença de Deus em suas vidas.

As crenças religiosas das mulheres aparentemente têm forte influência sobre essa questão, por elas terem mostrado maior resistência do que as outras entrevistadas em relação às informações difundidas pelos serviços de saúde, que consideram o leite materno como um dos veículos de transmissão do HIV. Para as referidas mulheres, o leite materno está associado a aspectos positivos, sendo que através dele se transmite apenas “amor e carinho” para a criança. Essa percepção é reforçada pelo fato de os filhos que amamentaram (depois do diagnóstico) não terem se infectado pelo vírus HIV.

Logo que fiquei sabendo que era soro e ai eu ganhei a minha filha eu dei o peito para ela. Eu acredito muito em Deus sabe, ai dei por dois meses e ela não tem o vírus (Entrevistada H, HDI, Branca, 32 anos, Separada).

... meus dois filhos que eu tive depois que fiquei sabendo do vírus mamaram até os três meses, e eu posso fazer os exames de novo neles que eu tenho certeza que eles não tem nada. Eu sei que hoje eles falam que o leite

²³ As profissionais do serviço geralmente abordam essa questão com as mulheres na sessão de adesão à medicação antirretroviral. Nesta sessão, também são esclarecidas quaisquer dúvidas que as mulheres possam ter relativas ao HIV e Aids.

transmite isso, transmite aquilo, mas eu não acredito, não é através do leite que se transmite doença, através do leite a gente transmite amor e carinho para a criança não doença... (Entrevistada M, Alojamento Conjunto, Branca, 35 anos, Separada).

Entretanto, a informante M referiu que, na última gestação, decidiu que não amamentaria a filha, porque pretende trabalhar para terminar de construir a casa onde mora com os filhos. A necessidade que tem de terminar a construção da sua casa, o que exige que trabalhe fora, é uma questão prática que relativiza o discurso religioso da informante.

O discurso religioso associando o leite materno ao amor, a uma dádiva, é usado pela mulher para justificar o fato de ter amamentado os filhos que teve anteriormente. No entanto, o mesmo discurso é relativizado pelo discurso do trabalho no momento em que a entrevistada refere que, por causa do trabalho, não amamentará a filha mais nova, diferentemente do que aconteceu com os outros dois filhos (nascidos após o diagnóstico).

O outro tema que surgiu nas conversas foi a amamentação cruzada²⁴. Em relação a essa questão, todas as informantes referiram ter conhecimento da prática. Mesmo quando não estão envolvidas nela, as mulheres têm conhecimento de alguém que tenha dado o peito para o filho de alguém, porque é algo comum nos lugares onde moram. Geralmente, praticada por mulheres que tenham leite e filhos recém-nascidos, não sendo necessário que exista alguma relação de parentesco entre a mãe da criança e a mulher que amamenta.

A minha vizinha tem muito leite no peito e muitas mães de lá onde moro vão para casa dela para ela dar o peito, não são nem parentes dela, só conhecidas e vizinhas. As mulheres lá onde eu moro dizem “ah, eu tenho bastante peito, posso amamentar” (Entrevistada F, HDI, Branca, 37 anos, Casada).

²⁴ Este é um termo médico usado pelo Ministério da Saúde para descrever as situações em que é praticada a lactação, na qual a criança recebe leite do peito que não é produzido por sua mãe (Brasil, 1993). Esta prática é fortemente desaconselhada de acordo com a alínea f) da Portaria 1.016 de 26 de Agosto do Ministério da Saúde que estipula o seguinte: “proibir que as mães amamentem outros recém-nascidos que não os seus (amamentação cruzada)”. Entre as mulheres entrevistadas essa prática não possui nenhuma denominação específica, quando se referem a ela dizem apenas “mamar no peito de outra mulher”.

A prática da amamentação cruzada foi observada desde tempos antigos, quando as denominadas amas de leite, em troca de recursos financeiros, amamentavam os filhos das mulheres de classes mais nobres. No Brasil colonial, a ama de leite geralmente era uma escrava que amamentava os filhos de outras mulheres com benefícios financeiros para o senhor de escravos.

Costa (2004) avança algumas hipóteses que podem explicar o hábito do aleitamento por escravas: o casamento de mulheres em idade que não tinham condições físicas para amamentar (mulheres muito novas); médicos portugueses conceituados recomendaram a amamentação por mulheres “morenas”, o que pode ter influenciado a preferência dos brancos da elite pelo aleitamento feito pelas escravas negras e mulatas; e a concepção vigente no Brasil e na Europa de que as relações sexuais “corrompiam” o leite. Recorrer às amas de leite escravas seria uma tentativa de proteger a vida dos filhos sem sacrificar a vida sexual do casal.

Geralmente, é no convívio familiar que surgem situações em que a mulher é pressionada a deixar que seu filho seja amamentado por outra mulher, uma parente, que como ela teve filho há pouco tempo. Essa prática é incentivada com o objetivo de permitir que o bebê tenha contato com o leite materno, mesmo que seja por um curto período de tempo.

Uma vez, eu estava na casa de uma prima minha, ela tinha ganhado a filha dela primeiro do que eu, e ela tinha muito leite. E aí estava todo o mundo da minha família, e aí começou, primeiro ela deu de mamar para a filha dela e depois ela queria dar para a minha. E aí a minha mãe pegou a minha filha e disse: “ah dá para ela, vamos ver se ela vai chupar a teta”. E eu disse: “mãe eu não quero”. E a minha mãe disse: “deixa” e todo mundo lá dizendo “deixa a guria ver, deixa a guria sentir o gostinho do leite”. E eu comecei não, eu não quero. Mas não teve jeito, ela foi e mamou. No momento com todo mundo insistindo eu não tinha como dizer para não fazer... (Entrevistada E, HDI, Negra, 25 anos, Casada).

Das entrevistadas, seis referiram ter estado envolvidas na amamentação cruzada, mas diferentemente do que foi referido anteriormente, quase todas tinham algum grau de parentesco com a mulher que amamentou (mãe, filha, irmã, sobrinha, tia, prima e cunhada). Essa prática se deu geralmente por iniciativa da parente que,

vendo que a mãe da criança não amamentava, ofereceu-se para fazê-lo ou a amamentou e posteriormente informou à mãe.

As mulheres envolvidas no aleitamento cruzado foram diagnosticadas com HIV há mais tempo (3 anos ou mais), tiveram mais de um filho após o diagnóstico de soropositividade e têm uma convivência próxima com a família. As que não se envolveram nessa prática descobriram a soropositividade para o HIV há menos tempo (até 2 anos), tiveram apenas um filho após a descoberta do vírus e não têm uma relação próxima com os familiares.

A minha irmã dá o peito para ele, começou de brincadeira, ela falava “ah, eu acho que ele sente fome, esse leite não alimenta, vou botar ele” e daí ela começou a gritar “olha aqui, olha aqui, vem cá correndo, olha aqui ele mamando” e começou a dar para ele. Ela deu de mamar para ele um mês e pouco e foi bom, porque ele pegou bastante peso e cólica coisa assim melhorou um monte (Entrevistada L, HDI, Branca, 23 anos, Casada).

... a minha filha mais nova amamentou na minha mãe, eu não podia dar e a minha mãe ainda tinha leite da minha irmã e deu para minha filha durante uns dez dias (risos) (Entrevistada J, HDI, Negra, 33 anos, Separada).

A outra informante envolvida na prática referiu que o fez apenas uma vez, porque a criança rejeitou o leite do peito da outra mulher (que era a sua filha mais velha), como ilustra o trecho a seguir: “... eu dei uma vez para a minha filha mais velha, ela mora comigo e, eu dei o meu nenê para ela dar o peito e o nenê não quis, sabe, fez aquela cara de vômito e vomitou” (Entrevistada B, HDI, Branca, 37 anos, Casada).

A última mulher envolvida na amamentação cruzada com a participação de parentes referiu que, diferentemente das anteriores, ela própria deu o peito para a filha de outra mulher. De acordo com ela, no momento em que teve o seu primeiro filho, a sua cunhada também deu à luz e não dava o peito para a filha porque trabalhava. Disse então que tomou a iniciativa de *dar o peito* sem o consentimento da mãe da criança.

Eu me lembro que quando meu mais velho nasceu a minha sobrinha também nasceu, a diferença deles é de três meses e a minha cunhada trabalhava e, eu dava de mamar para os dois na época... ela voltou a trabalhar e ai como eu

tinha o meu, então pegava a criança dela e ai eu dava mamar para um e dava para o outro (Entrevistada A, HDI, Branca, 31 anos, Separada).

As mulheres envolvidas na amamentação cruzada (tanto a mãe como a parente do da criança) acreditam que essa prática traz benefícios para a saúde do recém-nascido, por considerarem o leite materno alimento ideal com propriedades nutritivas (permitindo aumento do peso) e preventivas (diminuindo a ocorrência de doenças na criança).

A minha sobrinha deu de mamar para a minha nenê, ela morava na casa da minha mãe, ela tem um nenê de 1 ano. Eu tinha saído e quando eu cheguei ela me contou que deu. Eu só não dou porque eu não posso, então ela deu. Eu não fiquei brava, se acho que coisa melhor é o leite do peito (Entrevistada H, HDI, Branca, 32 anos, Separada).

A minha cunhada tinha um bebezinho de um mês de diferença, ela é minha vizinha e ela dava o peito para ele. Ah esse meu gurizinho nunca ficou doente né, porque leite do peito é de mãe né, é mais forte, tem tudo o que é vitamina, agora mamadeira não, mamadeira tu dá e fica doente... (Entrevistada T, HDI, Branca, 30 anos, Separada).

Entre as entrevistadas, essa prática também pode ter sido levada a cabo pelo fato de elas terem “conhecimento” do estado de saúde de suas parentes, porque estas não manifestavam nenhum problema de doença, o que era reforçado pelo fato de amamentarem seus próprios filhos. Esse aspecto pode ter contribuído para que acreditassem que o fato de seus filhos mamearem no peito de suas parentes não teria nenhuma implicação na sua saúde, muito pelo contrário, só traria benefícios a ela.

Apenas uma informante referiu ter deixado alguém que não era sua parente amamentar o filho. Essa situação ocorreu no alojamento conjunto com uma companheira de quarto que tinha bastante leite e receio que (caso não diminuísse) seus peitos empedrassem. A colega de quarto, após amamentar seu próprio filho, ainda sentia os peitos cheios de leite e se ofereceu para dar a outra criança que não mamava.

As razões que podem ter levado a que essa informante tenha permitido que seu filho mamasse no seio de outra mulher são semelhantes às que foram mencionadas anteriormente (no caso das mulheres que permitiram amamentação cruzada com

parentes). O outro aspecto a destacar é o fato de o ocorrido ter-se dado dentro do serviço de saúde, o que, de antemão, pode ter sido percebido como atestado de boa saúde da colega. Nesse sentido, se os profissionais permitiam que ela amamentasse seu próprio filho, significava que não havia nenhum problema com sua saúde.

Os dados recolhidos em campo permitem afirmar que o aleitamento cruzado é uma prática frequente no contexto em que as mulheres se inserem, porque elas acreditam que é importante para o recém-nascido ter contato com o leite materno, considerado um alimento ideal pelas suas qualidades nutritivas.

Por ser uma prática que diz respeito não apenas a mãe e ao recém-nascido e, envolver a família e o público em geral, para as mulheres soropositivas o aleitamento cruzado denuncia publicamente o seu papel como mãe, porque a amamentação é considerada uma condição indispensável para o desempenho de “boa mãe”. Assim, as mulheres se encontram em uma situação difícil por não poderem justificar a não amamentação, sem abordar a sua soropositividade e, ao mesmo tempo, não perder um atributo considerado “essencial” - ser uma “boa mãe”.

...todas as representações de mulher, maternidade ou amamentação produzem sentidos que funcionam competindo entre si, deslocando, acentuando ou suprimindo convergências, conflitos e divergências entre diferentes discursos e identidades; mas são algumas delas que, dentro de determinadas configurações de poder, acabam se revestindo de autoridade científica e/ou se transformando em senso comum, a tal ponto que deixamos de reconhecê-las como representações. É assim que uma delas passa a funcionar, num determinado contexto socio-histórico e cultural, como sendo a melhor ou verdadeira maternidade, aquela que se transforma em referência das ações assistenciais e educativas em saúde e a partir da qual as outras maternidades são classificadas e valoradas (Meyer, 2002: 385-386).

Importante ressaltar que, diferentemente das mulheres, os profissionais da saúde possuem uma perspectiva contrária em relação ao aleitamento cruzado. A prática é fortemente desaconselhada pela biomedicina. Com vista a intensificar as ações para o desencorajamento do aleitamento cruzado, em 1993 o Ministério da Saúde lançou a Portaria Nº 1.016 de 26 de Agosto, que recomenda que não se pratique o aleitamento cruzado.

De acordo com a visão médica através do leite materno, as crianças podem ser contaminadas por doenças como Aids, hepatites, mononucleose infecciosa, entre outras. No caso de mulheres HIV+, o programa de prevenção e controle da transmissão materno-infantil do HIV recomenda a utilização de fórmulas artificiais de leite como substituto do leite materno.

Duas informantes referiram que, mesmo tendo conhecimento da existência do aleitamento cruzado, não permitiriam que os seus filhos amamentassem no peito de outra mulher, não apenas devido ao receio de que estes pudessem se infectar por alguma doença, como também pelo receio de que a criança se acostumasse tanto ao leite materno, como a estar no peito de outra mulher, e posteriormente rejeitasse a mamadeira e não reconhecesse o colo da sua mãe.

A mãe ficar com a criança no peito faz eles (bebês) acostumarem, é capaz da criança se apegar ao leite e não querer tomar o que ela tem que tomar em casa entendeu... e vai que ele se apegue e pense que aquela é a mãe dele entendeu, tudo isso passa na minha cabeça (Entrevistada S, Alojamento Conjunto, Branca, 25 anos, Casada).

... eu não quis que ninguém desse a teta para ela, ah ela ia dar a teta e depois a nenê ia querer de novo e ah eu ia ficar triste, porque não ia poder dar o meu para ela (Entrevistada D, HDI, Branca, 23 anos, Casada).

A questão do *apego* da criança tanto ao leite como ao colo de outra mulher é evidente nos relatos das entrevistas. Conforme referimos anteriormente, para essas mulheres é através do *apego*, que envolve tanto o contato físico como afetivo, que se estabelece uma relação mais estreita entre a mãe e o filho. Por isso, essas duas mulheres não dariam os seus filhos para mamar no peito de outra mulher, por receio que a criança estabelecesse uma ligação estreita com a mulher que o amamentasse tanto pelo leite como por permanecer no seu colo.

Embora tenham a concepção de que o *apego* é importante, para as mulheres entrevistadas a importância do leite materno ultrapassa essa questão, porque as representações associadas ao leite da mãe (veiculadas pela mídia), que o associam à transmissão de “saúde, amor” e ao ato de ser “boa mãe”, fazem com que passem a

atribuir um valor considerável a amamentação, mesmo que seja por um curto período de tempo.

A amamentação ultrapassa assim as fronteiras do privado (envolvendo tanto a família como o público), o que contribui para que as entrevistadas permitam que seus filhos sejam amamentados por outras mulheres, mesmo tendo a percepção de que o aleitamento por outra mulher possibilita que a criança se *apegue* a mulher que o aleitaela. Independentemente da sua origem, o leite materno é percebido como o melhor alimento para a criança por trazer benefícios à saúde de um organismo em fase de crescimento.

7.5 Nascidos de Mães HIV+

Os filhos nascidos depois do diagnóstico de HIV recebem um cuidado maior das suas mães, que se mantêm sempre em alerta para qualquer alteração em relação a sua saúde. Com essas crianças que já nascem sob a ameaça da doença, não se observam os habituais tratamentos caseiros com vista ao controle da situação até que ela se defina.²⁵ Nesses casos, as mulheres precisam se certificar de imediato se a doença é grave, por isso levam os seus filhos ao serviço de saúde sempre que suspeitam da existência de algum problema, algo que não era feito com os outros filhos.

... eu acho que ele é bem delicado, eu cuido mais dele do que o meu outro filho, com esse aqui eu tenho todo o cuidado. A saúde dele é mais delicada, qualquer coisinha já me apavora, eu fico mais apavorada (Entrevistada L, HDI, Branca, 23 anos, Casada).

Como nos recorda Knauth (1997: 52), no que concerne às doenças das crianças nascidas sob o signo da Aids, o menor sintoma já é considerado como razão significativa para o apelo a medicina. Uma febre, uma diarreia são vistas como sintomas suficientes para levar a criança ao médico.

²⁵ A respeito de opções de cuidados de saúde, veja Loyola 1984.

Na saúde dela eu me preocupo logo, se ela tá espirrando eu já levo no hospital, se tem alguma coisinha não dou medicamento em casa, levo para o hospital, eu fico com medo de qualquer coisinha que ela tem, então pequena coisinha eu já levo para o hospital (Entrevistada E, HDI, Negra, 25 anos, Casada).

As crianças nascidas de mães soropositivas estão ainda sujeitas a um controle regular do seu estado de saúde, através de consultas e exames médicos frequentes. Como foi referido anteriormente, esse aspecto tem implicação na rotina das mulheres, que são obrigadas a frequentar com regularidade os serviços de saúde (especialmente os serviços de pediatria) à procura de assistência para os seus filhos.

As idas constantes às consultas de pediatria permitem, por sua vez, que as mulheres tenham contato com outras mães HIV+ em situação semelhante a sua, principalmente nas salas de espera ou nos corredores enquanto aguardam as consultas. Esses momentos têm sido aproveitados pelas entrevistadas para trocar informações a respeito das crianças que se *curaram* da doença nos primeiros meses de vida.

Há, contudo, cuidados específicos relacionados ao HIV, como aqueles referidos por três entrevistadas que mencionaram uma preocupação maior em evitar que os seus filhos tenham contato com seus fluidos corporais (sangue), evitando desse modo que se contaminem pelo vírus da Aids.

Geralmente, os familiares (mãe, sogra, irmãos e filhos mais velhos) e parceiros que têm conhecimento da sorologia da mulher ajudam no cuidado com o bebê, na administração de medicação e no levantamento de leite no serviço de saúde. No caso das entrevistadas que não compartilharam seu diagnóstico, essa questão não se verifica, e a mulher acaba por arcar sozinha com todas as questões relativas ao cuidado do filho.

Quanto à alimentação das crianças, logo após o nascimento até os primeiros dois meses, elas tomaram a fórmula artificial do leite, que é disponibilizada gratuitamente pelo serviço de saúde até que complete o primeiro ano de vida. Para ter acesso ao leite, a mãe deve efetuar cadastramento no HDI, local onde mensalmente são disponibilizadas oito latas.

Para as mulheres entrevistadas, o fato de poderem ter garantido gratuitamente o leite dos seus filhos todos os meses constitui um grande apoio, porque este é vendido a preços que a maioria não estaria em condições financeiras de adquirir. No entanto, elas referiram que, nos primeiros meses de vida da criança, o leite artificial aumenta a frequência de ocorrência de problemas gastrintestinais, como cólicas e dificuldades para evacuar, uma vez que torna as fezes da criança ressecadas.

... dizem que o mamar da mãe não dá tanta cólica enquanto os outros leites dão. Então sabe, tu ve a criança chorando e tu não poder fazer nada, ou então dá um chazinho e não adianta... (Entrevistada E, HDI, Negra, 25 anos, Casada).

... é mais complicado dar a mamadeira, porque até a criança se adequar com o leite, empaca, seca o cocô, fica duro e a criança não consegue fazer o cocô direito... (Entrevistada K, HDI, Branca, 28 anos, Separada).

Em alguns casos, depois que a criança completou dois meses, foi introduzido o leite de vaca vendido nos supermercados, designado pelas informantes de *leite de caixinha*. A partir desse período, um número considerável das mães também acrescentou ao leite algum tipo de farinha à base de arroz ou milho (Mucilon, Maizena e Arrozina) para dar mais consistência ao leite.

A partir do quinto e sexto mês, são dados à criança alimentos mais pastosos (sopas, sucos, mingau, fruta e vegetais esmagados, caldinho de feijão e iogurte) e, depois do primeiro ano de idade, vão sendo introduzidos alimentos mais sólidos (arroz, massa, feijão, frango e carne).

Essa sequência de introdução de alimentos na dieta das crianças é semelhante à descrita por Víctora et al. (2007), ao estudarem as concepções das mães e práticas alimentares de crianças de 0 a 2 anos de idade. Segundo as autoras, existe por parte das mães, a concepção de que o organismo da criança está em formação e crescimento.

Por esse motivo, a introdução da criança ao “mundo dos alimentos” deve ser gradativa, seguir uma trajetória que vai dos alimentos considerados leves e macios até aos alimentos normais, consumidos pelos adultos. A fim de adaptar o organismo da criança às diferentes categorias de alimentos, entretanto, a adaptação obedece a

princípios de textura e qualidade dos alimentos e não a princípios nutricionais da biomedicina (Víctora et al., 2007: 13).

À semelhança do que foi evidenciado por Víctora et al. (2007), as informantes fazem menção a uma classificação de alimentos que, de acordo com a sua textura “leve ou macia e normal”, podem ou não ser dados às crianças nas suas diferentes fases. Sendo que, nos primeiros meses de vida, optam por alimentos com uma consistência mais líquida e pastosa, considerada “menos forte” e mais adequada nessa fase. Essa dieta é diferente daquela que é consumida pelos demais membros da família, considerada “mais forte”.²⁶

A minha nenê de oito meses eu dou sopinha, suquinho, mingauzinho, frutinha e vegetais fervidinho e esmagadinho, caldinho de feijão, é uma comida diferente daquela que nós (o resto da família) comemos entende, porque a nossa comida é mais forte (Entrevistada C, Negra, 32 anos, Casada).

Entre as entrevistadas não se verificou a introdução precoce de alimentos em função de não amamentarem, entretanto, por alimentarem o recém-nascido com a fórmula artificial do leite, elas introduziram outros alimentos (suco, fruta esmagada, *leite de caixinha*, água e chás) próximo do terceiro mês de vida da criança. Essa introdução “precoce” dos alimentos tem em vista de acordo com as mulheres incrementar a dieta da criança, e se baseia na concepção de que por ser uma fórmula artificial, o *leite da latinha* não alimenta.²⁷

Para as entrevistadas, os filhos nascidos após o diagnóstico de HIV necessitam de maior atenção da sua parte, particularmente no que concerne a sua saúde.

²⁶ Em relação à classificação dos alimentos, Víctora et al. (2007) fazem menção da existência de representações das características e constituições da criança, que se relacionam a categorias alimentares tradicionais como alimentos considerados “fortes”, “duros”, e “pesados”, que inicialmente devem ser evitados e depois gradativamente introduzidos na alimentação infantil; essas categorias se opõem aos alimentos considerados “bons”, “fracos” ou “moles”, adequados para o consumo das crianças mais pequenas. O exemplo trazido é do feijão cujo caldo é fraco por ser líquido associado a outros líquidos como sopa, mas o grão é forte tanto que é necessário bastante tempo para tornar-se mastigável, tais propriedades dos alimentos são os indicadores de consumo ou não para crianças em diferentes fases.

²⁷ À semelhança do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, os profissionais do HDI aconselham a evitar a introdução “precoce” de alimentos. Quando tomam conhecimento desses casos, eles explicam às mulheres que a fórmula artificial é completa, que ela apenas não possui a semelhança do leite materno, as componentes para que a criança se defenda de gripes e resfriados. A introdução de outros alimentos é aconselhada pelos profissionais a partir do sexto mês.

Diferentemente do que faziam com os outros filhos, com os que nasceram após o diagnóstico de HIV, as mulheres estão mais alertas para qualquer tipo de alteração e logo que possível procuram atendimento médico.

O alerta em relação à saúde desses filhos é justificado pelo fato das crianças estarem sob a ameaça do vírus nos seus primeiros meses de vida. No que concerne a outros cuidados, excetuando a não amamentação, as mulheres referiram que o tratamento que têm com os filhos nascidos depois do diagnóstico é semelhante ao que tiveram com os outros filhos quando estes eram mais novos.

7.6 Medicalização da Infância: “O que Tu Tanto Faz com esse(a) Guri(a) no Hospital?!”

As crianças nascidas de mães soropositivas, uma vez que herdaram altos níveis de anticorpos da sua mãe, apresentam uma sorologia positiva para o HIV até, no mínimo, os 18 meses de vida. Passado o período de 18 meses, é realizado o último teste anti-HIV que revela se a criança realmente é ou não soropositiva.

A fim de reduzir o risco de infecção pelo HIV, quando nasce, a criança faz uso de antirretroviral ainda no hospital e posteriormente dá continuidade em casa. O tratamento consiste na ingestão diária de AZT oral (conhecido entre as mães por *xaropinho*) de 12 em 12 horas, por um período de 42 dias, ou seja, 6 semanas. De modo geral, a ingestão da medicação entre os recém-nascidos foi considerada tranquila.

A maior parte das mulheres afirmou que os bebês até *gostavam* pelo cheiro e sabor adocicado do *xaropinho*. Apenas uma informante mencionou que a filha não gostava da medicação, e sempre que tomava, cuspiam necessitando ter que voltar a dar um pouco mais para compensar. Mas, à semelhança de outras mães, não deixou de dar por ter consciência de que o *xaropinho* permitiria que a criança negativasse.

A minha filha cuspiam o xaropinho e ai eu tinha que botar de novo, era uma luta, eu botava para e ai ela botava para fora, mas eu tinha que fazer né... eu sabia que era para o bem dela (Entrevistada E, HDI, Negra, 25 anos, Casada).

A medicação é considerada forte pelas mulheres e produz efeitos colaterais no recém-nascido, como anemia, que é tratada com sulfato ferroso, podendo, nos casos mais graves, envolver transfusão de sangue. As entrevistadas também associam à medicação efeitos como vômito, sonolência e cólicas. Apesar dos efeitos relatados, as informantes a consideram importante para a saúde dos seus filhos, porque permite que eles se mantenham com saúde porque no seu entender elas já se encontram fragilizadas por não terem mamado no peito.

... o xaropinho faz bem para o nenê, porque ele fica curado né... mas não pode dar o xaropinho e já dar o leite em cima, tem que esperar o leite baixar, porque senão daí vomita né, porque é muito forte, tem que esperar um pouco... (Entrevistada S, Alojamento Conjunto, Branca, 25 anos, Casada).

... ela tomou o xarope e nunca ficou doente, mas dava muito sono nela, quando ela nasceu só dormia, era difícil, só depois de quatro meses é que ela foi começar a abrir os olhos mesmo (Entrevistada D, HDI, Branca, 23 anos, Casada).

O xarope protege a criança do vírus, dá imunidade para ela, até para os anticorpos dela poderem ter uma defesa boa. Porque ela já está sem o leite materno, 50% desprotegida, mesmo tomando outro leite... eu acredito que o xarope protege mais né (Entrevistada C, Negra, 32 anos, Casada).

Os profissionais da saúde explicam às mulheres que, antes de completar as 18 semanas de vida, o recém-nascido ainda tem os anticorpos herdados da mãe, e que dentro desse período, não é possível identificar o seu estado sorológico. Sendo realizados pelo serviço exames para controle da carga viral, caso esta se mantenha indetectável ao longo desse período, pressupõe-se que a criança negativará.

Entretanto, as mulheres têm a percepção de que, nesse período, a criança tem o vírus e que a medicação permite que ela se cure da doença, quando na verdade o *xaropinho* impede que o vírus se instale no seu organismo. Assim, para as mulheres mesmo que o *xaropinho* administrado seja forte, ele permite que ao longo de alguns meses a criança se *cure* da doença.

O que foi referido anteriormente é associado à concepção das mulheres de que, por não ter mamado no peito, o recém-nascido torna-se mais vulnerável ao risco de doenças, que nessa situação é compensado pela ingestão de medicamentos. Assim, o

medicamento compensa a falta de leite, pois dá imunidade a criança, a mesma função que é atribuída ao leite materno, fazendo o *xaropinho* ser equiparado a uma vitamina, por fortalecer e proteger a criança.

Não obstante ao fato de terem que cuidar da saúde dos seus filhos, particularmente das questões relacionadas à gestão da medicação – quantidade recomendada, horário certo e seus efeitos sobre a criança –, as entrevistadas têm ainda que responder a questionamentos de familiares e de parceiros que desconhecem que ela é soropositiva, relacionados à saúde do recém-nascido. Vários são os momentos que essas mulheres são surpreendidas com perguntas como: "o que tu tanto faz com esse(a) guri(a) no hospital?" ou "por que tanto tu leva ele(a) para consultar?".

Esses questionamentos as deixam em uma situação de constante pressão, por serem recorrentes, e mexem com a questão da revelação da sua doença. Diante delas, à semelhança do que acontece quando questionadas sobre amamentação, as mulheres apropriam-se do discurso médico, e respondem que frequentam o serviço porque os seus filhos necessitam de acompanhamento constante por terem anemia ou então por serem prematuros.

As mulheres manifestaram preocupação com a questão da administração da medicação à criança. Como na maior parte dos casos, a mulher revelou o diagnóstico apenas a alguns membros da família e ao parceiro, na presença de pessoas que o desconhecem as entrevistadas adotam estratégias na administração da medicação como: tirar o rótulo/etiqueta do frasco de medicamento, dar a medicação quando estão sozinhas e, quando surge alguma pergunta, dizem que o medicamento é uma vitamina (para aumentar o apetite) ou sulfato ferroso (para anemia).

As estratégias mencionadas anteriormente também são usadas pelas mulheres que preferiram manter segredo sobre a sua soropositividade. Como referimos anteriormente, essa questão também foi observada na discussão referente à administração da medicação na gestação.

... dar o medicamento para ele foi complicado porque eu não queria que as pessoas me vissem dando... então eu tirei o rótulo do frasco. As pessoas

perguntavam “que remédio é esse que tu tá dando pro nenê?”. E eu respondia que era vitamina... quando as pessoas vinham me visitar eu procurava evitar que elas ficassem sabendo, dava escondido para elas não ficarem perguntando (Entrevistada F, HDI, Branca, 37 anos, Casada).

... no começo a minha sogra ia lá para casa, eu tinha medo de ela ver eu dando o xaropinho, então o nenê acordava, e já na hora do banho eu dava e antes de dormir eu já dava, então nesse período da medicação eu sempre procurei estar em casa e sozinha (Entrevistada C, Negra, 32 anos, Casada).

Em relação ao horário da medicação, quase todas informantes (exceto duas) referiram que têm administrado no horário prescrito pelos profissionais de saúde e, para facilitar a tarefa, auxiliam-se de um despertador (geralmente do celular) para lhes chamar atenção.

As duas informantes que tiveram dificuldades com o horário consideram que, no hospital (enquanto estiveram internadas), era simples cumprir o horário, mas em casa a situação se complicou por terem que administrar outras atividades que se sobrepõem a essa, e por isso, algumas vezes, deram depois do horário prescrito, mas que mesmo assim nunca deixaram de dar o *xaropinho*.

Eu às vezes me atrapalhava na hora de dar o remédio para ele né, porque tem alguma coisa para fazer, ou então chega alguém, até mesmo se eu tenho que fazer alguma coisa ou sair... (Entrevistada G; HDI, Negra, 38 anos, Casada).

... algumas vezes eu me perdia nos horários, eu dava um pouco atrasado, eu não deixei de dar, mas eu não dei no horário rigorosamente como era dado no hospital (Entrevistada A, HDI, Branca, 31anos, Separada).

Para as mulheres, é colocado um desafio no que concerne à maternidade, especificamente em relação ao seu desempenho no papel de mães. Como não podem se mostrar “boas mães” pela amamentação, as mulheres consagram esse papel perante os familiares e os profissionais da saúde no cuidado com os seus filhos e seguindo as prescrições médicas em relação a sua saúde. Os cuidados especiais dispensados às crianças que nascem sob ameaça da Aids servem para confirmar o valor dos pais.

O fato da criança negativar é a prova do sucesso e é sempre percebida como mérito dos próprios pais. É o certificado máximo de que tanto a mãe como o

pai cumpriram de forma admirável seus papéis. A mulher é consagrada como “boa mãe”, fato reconhecido não apenas pela rede de relações mais próximas, mas pela própria ciência médica, através do resultado negativo do teste sorológico. A saúde do filho incrementa o valor da mãe, especialmente quando essa criança está condenada a doença antes mesmo de nascer (Knauth, 1997: 53).

8 CONCLUSÕES

A presente dissertação analisou as representações sociais das mulheres HIV+ atendidas em um serviço especializado de Porto Alegre, residentes na mesma cidade e em municípios vizinhos (Viamão, Canoas, Esteio, Gravataí, Cidreira, Barra do Ribeiro e Parobé), relacionadas ao aleitamento materno. Inicialmente se buscou esclarecer o sentido de alguns conceitos usados no estudo, como o de representação social e maternidade.

Posteriormente, fez-se uma discussão metodológica, na qual foram apresentados os procedimentos seguidos na pesquisa. E, por fim, foram apresentados os dados da pesquisa através de sua interpretação e análise à luz da discussão teórica e conceitual apresentada.

Vimos, assim, que a maior parte das entrevistadas teve conhecimento de que era HIV+ durante a gestação, sendo que as que tiveram o diagnóstico recentemente estão no processo de adaptação a ideia de convivência com o vírus. A infecção pelo vírus da Aids se deu em relacionamentos com parceiros. Quando foram diagnosticadas soropositivas para o HIV as mulheres não acreditaram no diagnóstico, por não se reconhecerem no discurso de doentes de Aids vigente, não se enquadrarem nos grupos de risco e não possuírem manifestações visíveis da doença.

Foram identificados como fatores que influenciam na revelação da soropositividade para as mulheres que não mantiveram segredo sobre a doença: tempo de diagnóstico, permanência ou não com o parceiro e proximidade com a família. O segredo sobre o diagnóstico tem consequências na vida das mulheres, que tem que enfrentar sozinhas os desafios trazidos pela doença pelo receio da não aceitação ou da discriminação.

Pelo valor atribuído a família (constituída pelo nascimento dos filhos), as mulheres se submetem a intervenções médicas nos seus corpos, caracterizadas pelo processo de ingestão de medicamentos na gestação, com o objetivo de garantir a saúde de seus filhos. Para evitar questionamentos e desconfiança de parentes sobre a

medicação, são adotadas estratégias como: mudança do frasco dos comprimidos, remoção da etiqueta/rótulo dos mesmos e ingestão dos comprimidos em situações que se encontravam sós.

Devido às representações associadas à amamentação que a veiculam a transmissão de “saúde, amor e carinho” ao recém-nascido, bem como ao ato de ser “boa mãe”, ter conhecimento de que não poderão *dar o peito* provoca um mal-estar entre as mulheres, associado ao fato de que não amamentar constitui uma das primeiras manifestações visíveis da Aids.

Diante desse cenário, a mulher tem que lidar ao mesmo tempo com a recomendação médica (*não dá o peito para esse guri*), a vontade de *dar o peito* (*eu vi elas dando e não podia*), a pressão familiar (*coloca o nenê no peito que chupa*) e a vontade que a criança tem de mamar.

Para diminuir os constrangimentos relativos à não amamentação, o serviço de saúde disponibiliza medicamento para secar o leite. Entretanto, em alguns casos, a secagem do leite não ocorreu e foi realizado o enfaixamento dos seios (no serviço) e, uso de receita caseira (em casa) que consistia em “pendurar uma chave no pescoço para fechar o leite”.

A permanência no alojamento conjunto é uma experiência marcante para as mães HIV+. Por presenciarem outras mulheres darem o peito aos filhos e por serem confrontadas sobre as razões pelas quais não o fazem, explicitando a sua condição de mães soropositivas. Nessas circunstâncias, elas têm que explicar por que não *dão o peito* sem revelar a sua doença e o fazem através da apropriação do discurso médico, alegando problemas de saúde ou com o seu leite. Entretanto, permanece entre as colegas uma desconfiança sobre a questão, agravada pela contradição entre a justificativa da mulher e a revelação do profissional da saúde de que a mulher secou o leite intencionalmente.

Enquanto permanecem internadas, as mulheres passam ainda por situações de revelação do diagnóstico pelos profissionais da saúde, o que resulta em atitudes de discriminação dentro do serviço pelas colegas de quarto e por outros profissionais. As atitudes discriminatórias dos profissionais da saúde também ocorreram, em alguns

casos, no momento da revelação do diagnóstico nos postos de saúde. Essas situações têm um forte impacto nas mulheres pelo tratamento inapropriado dos profissionais, cujo papel seria orientá-las sobre a doença.

As situações de discriminação vividas nos momentos iniciais da revelação do diagnóstico e o receio de falta de sigilo sobre o mesmo, leva a que as mulheres procurem assistência em serviços de saúde distantes dos seus locais de residência, para tratar questões relativas a HIV e Aids.

Nos serviços afastados das suas residências, o encaminhamento é adequado e, o acolhimento dos profissionais contribui para que se sintam à vontade para abordar a doença, passando a ter no serviço um aliado e um meio através do qual tem orientações relativas ao HIV e Aids. Esses aspetos influenciam positivamente na adesão à medicação e nos cuidados das mulheres para a manutenção da saúde.

Passados trinta anos desde o surgimento da epidemia no contexto brasileiro, ainda permanecem atitudes discriminatórias em relação aos portadores do vírus da Aids. Essas situações se tornam mais graves ainda, quando ocorrem por parte de profissionais de saúde nos serviços, trazendo ao de cima a existência de profissionais com fraca preparação para lidar com as questões relativas ao HIV e Aids entre as mulheres grávidas.

No cotidiano as mulheres são questionadas sobre as razões pelas quais não amamentam, são pressionadas para *dar o peito* aos seus filhos e a permitirem que estes sejam amamentados por outra mulher. Essas situações, que geralmente ocorrem no convívio familiar podem ser percebidas como mecanismos criados pela sociedade, para questionar simbolicamente o papel de “boa mãe”, sob a justificativa de permitir que o recém-nascido tenha contato com o leite materno, mesmo que seja por um curto período.

O leite materno é considerado o alimento mais adequado para a criança em razão das qualidades nutritivas e dos benefícios preventivos contra doenças. Essa percepção é influenciada pelas campanhas de saúde pública que incentivam o aleitamento associando-o a transmissão de “amor, carinho e saúde”, levando a que as

mulheres que não o façam sejam percebidas como relapsas ou negligentes, por adotarem um comportamento contrário ao esperado por uma mãe.

Devido às representações associadas ao leite materno, algumas mulheres amamentaram seus filhos (após o diagnóstico de soropositividade) e se envolveram no aleitamento cruzado. Nesse sentido, longe de ser algo que diz respeito apenas à mulher e ao filho, a amamentação ultrapassa o âmbito privado, envolvendo tanto a família como o público em geral. Mesmo que seja de outra mulher, o leite materno é percebido como o melhor alimento para a criança por trazer benefícios à saúde de um organismo em fase de crescimento.

A não amamentação foi considerada como interferindo na relação mãe-filho pela maioria das mulheres envolvidas na pesquisa, na medida em que, enquanto permanece no colo sendo amamentada, a criança se *apega* à mãe, por meio do contato físico e afetivo entre mãe-filho, permitindo o estabelecimento de uma relação mais estreita entre ambos.

No que concerne ao cuidado com os filhos, importa realçar que os nascidos após o diagnóstico de HIV recebem um cuidado maior, as mães se mantêm sempre alerta para a sua saúde. Com essas crianças, as mulheres precisam se certificar de imediato se a doença é grave, levando-as ao serviço de saúde sempre que suspeitam da existência de algum problema, o que não acontecia com os outros filhos.

As crianças estão ainda sujeitas a um controle regular da sua saúde, através de consultas e exames médicos frequentes. As idas regulares às consultas (pediatria) permitem às mulheres ter contato com outras mães HIV+, esses momentos são aproveitados para trocar informações sobre as crianças que se *curaram* da doença.

Quanto à alimentação da criança, após o nascimento até os primeiros dois meses, as crianças tomaram a fórmula artificial do leite. Até o terceiro mês, as mães dão alimentos “menos fortes” (consistência líquida e pastosa). A introdução “precoce” dos alimentos como suco, fruta esmagada, *leite de caixinha*, água e chás tem como objetivo incrementar a dieta da criança, e se baseia na concepção de que, por ser uma fórmula artificial, o *leite da latinha* não alimenta.

Nas primeiras semanas de vida, a criança ingere a medicação antirretroviral para aumentar as chances de não desenvolver o vírus e, fortalecer o organismo por se encontrar fragilizada devido à falta do leite materno. Entre as mulheres, existe a percepção de que, nos primeiros meses, a criança tem o HIV e que a medicação ingerida permite que ela se cure da doença. Para as mulheres, a cura ocorre pela ação do *xaropinho*, que compensa a falta de leite, pois dá imunidade à criança, a mesma função que é atribuída ao leite materno, fazendo com que o *xaropinho* se equipare a uma vitamina, por fortalecer e proteger a criança.

Diante do cenário apresentado, se coloca as mulheres HIV+ um desafio no que concerne a sua maternidade, especificamente em relação ao seu desempenho no papel de mães. Como não podem se mostrar “boas mães” pela amamentação, esse papel é consagrado perante os familiares e perante os profissionais da saúde, no cuidado com os seus filhos e no seguimento das prescrições médicas em relação a sua saúde.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologie de la Maladie et de la Médecine**. Paris: Nathan Université, 1994.

ALENCAR, Sonia Salviano de. **A Política Nacional de Aleitamento Materno**. In: O Aleitamento Materno no Contexto Atual. Políticas, Práticas e Bases Científicas. São Paulo: Sarvier, 2008, pp. 70-101.

ALMEIDA, João Aprígio. **Amamentação: Um Híbrido Natureza-Cultura**. São Paulo: Jornal de Pediatria 80 (5 Sup.). 1999, pp. 119-125.

Consultado em:

<http://bases.bireme.br/egibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah=google&basesLILACS à 06/1/11>

ALMEIDA, Carla Lima de. **Risco e Saúde Reprodutiva: a Percepção dos Homens de Camadas Populares**. São Paulo: Cadernos de Saúde Pública 18(3), 2002, pp. 797-805.

ALVES, Ana Maria Neto; ALMEIDA, Maria Vaz. **Aleitamento Materno: Breve Perspectiva Histórica**. Lisboa: Revista Portuguesa de Nutrição, Vol. 4, N° 2, 1992, pp. 8-33.

ALVES, Rosilda das Neves; KÓVACS, Maria Júlia; STALL, Ron; PAIVA, Vera. **Fatores Psicossociais e a Infecção por HIV em Mulheres**. Maringá: Rev. de Saúde Pública, 36(4 Supl.), 2002, pp. 32-39.

ARAUJO, Maria de Fátima; REA, Marina Ferreira; PINHEIRO, Karina Aragão; SCHMILTZ, Bethsáida Soares. **Avanços na Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Idade Infantil**. São Paulo: Rev. Saúde Pública, N° 40, 2006, pp. 513-20.

BADINTER, Elisabeth. **Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno**. São Paulo: Círculo do Livro, 1985.

BARBOSA, Regina; VILLELA, Wilza. **A Trajetória Feminina da Aids**. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. (orgs.) Quebrando o Silêncio: Mulheres e Aids no Brasil. Série História Social da Aids, N° 7. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1996, pp. 17-32.

BARBOSA, Regina. **Negociação Sexual ou Sexo Negociado? Poder, Gênero e Sexualidade em Tempos de Aids**. In: BARBOSA, Regina; PARKER, Richard. (orgs.).

Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999, pp. 73-88.

BARCELLOS, Christovam et al. **Estimativa Prevalência de HIV em Gestantes por Análise Espacial Porto Alegre**. Porto Alegre: Revista Saúde Pública, Nº 40(5), Out. 2006. pp. 928-930.

BASTOS, Francisco Inacio; SZWARCOWALD, Celia Landmann. **Aids e Pauperização: Principais Conceitos e Evidências Empíricas**. São Paulo: Caderno de Saúde Pública, Nº 16(01), 2000, pp. 65-76.

BASTOS, Francisco Inácio. **A Feminização da Epidemia de Aids no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de Enfrentamento**. Rio de Janeiro: Coleção ABIA. Saúde Sexual e Reprodutiva, Nº 3. 2001.

BOURDIEU, Pierre. **A Distinção: Crítica Social do Julgamento**. São Paulo : Editora da USP, 1ª Edição. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.016 de 26 de Agosto**. Brasília. Diário Oficial da União 167 de 1 de Setembro de 1993. 1993.
Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=23730.
Acesso em: 06 Nov. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids**. Brasília. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos**. Brasília. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Boletim Epidemiológico 2003**. Brasília. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Coordenação Nacional DST e Aids. **Guia de Tratamento: Recomendações para a Profilaxia da Transmissão Materno-Infantil do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes**. Brasília. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids. Secretaria Executiva. Coordenação-Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Guia Prático de Preparo de Alimentos para Crianças Menores de 12 Meses Verticalmente Expostas ao HIV**. Brasília. 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes**. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Normativo para Profissionais de Saúde de Maternidades: Referência para Mulheres que não Podem Amamentar**. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **IIª Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil: Histórico, Situação Atual, Ações e Perspectivas**. 2009a.

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1460. Acesso em: 20 Ago. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006. Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança**. Serie G Estatística e Informação em Saúde. Brasília. 2009b.

Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso: 08 Dez. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Boletim Epidemiológico Aids e DST 2010**. Brasília. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DTS**. Ano VII. Nº 1. Brasília. 2010a.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **Os Diários e suas Margens**. Editora UNB. Brasília, 2002.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal. 5ª Edição, 2004.

DANIEL, Herbert; PARKER, Richard. **Aids, a Terceira Epidemia: Ensaio e Tentativas**. São Paulo: Iglu, 1991.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. **Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Prefácio. In: **Saber e Sentir: Uma Etnografia da Aprendizagem da Biomedicina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

DURKHEIM, Émile; MAUSS, Marcel. **Algumas Formas Primitivas de Classificação: Contribuindo para o Estudo das Representações Coletivas**. In: Mauss, Marcel. **Ensaio de Sociologia**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FIOCRUZ. **Rede de Bancos de Leite Humano**. 2010. Consultado em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=352>. Acesso em: 05 Nov. 2010

FONSECA, Claudia. **Caminhos da Adoção**. São Paulo: Cortez Editora, 1995.

FONSECA, Claudia. **Mãe é Uma Só? Reflexões em Torno de Alguns Casos Brasileiros**. São Paulo: Psicologia USP. Vol. 13, Nº 2, 2002, pp. 1-22.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Revista, Atualizada e Ampliada para o Cuidado Integral. Módulo 3 - Promovendo e Incentivando a Amamentação em um Hospital Amigo da Criança: Curso de 20 Horas para Equipes de Maternidade. Série A Normas e Manuais Técnicos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo3.pdf. Acesso em: 10 Out. 2011

GALVÃO, Jane. **Aids e Ativismo: O Surgimento e a Construção de Novas Formas de Solidariedade**. In: PARKER, Richard et al. (Orgs.). *A Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA/IMS/UERJ, 1994, pp. 341-350.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GEERTZ, Clifford. **Estar Lá: A Antropologia e o Cenário da Escrita. Estar Aqui: De Quem é a Vida, Afinal**. In: *Obras e Vidas o Antropólogo como Autor*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.

GIAMI, Alain. **Representações e Sexualidade: Psicologia Social e Pluridisciplinaridade**. In: Loyola Maria Andréa. (org.). *Sexo e Sexualidade na Antropologia: A Sexualidade nas Ciências Humanas*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1998, pp. 202-225.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.

GUIMARÃES, Carmen Dora. **Mas Eu Conheço Ele: Um Método de Prevenção do HIV/Aids**. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. (orgs.) *Quebrando o Silêncio: Mulheres e Aids no Brasil. Série História Social da Aids. Nº 7*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1996, pp. 169-180.

HAHN, Robert. **Rethinking "Illness" and "Disease". Contributions to Asian Studies**. Vol. 18, 1980, pp. 1-23.

HARDY, Ellen et al. Breastfeeding **Promotion: Effect of an Educational Program in Brazil**. São Paulo: Studies in Family Planning Review, N° 13, 1982, pp. 79-86.

HARDY, Ellen et al. **Aleitamento Materno: Um Direito da Mãe e da Criança**. São Paulo: Revista Paulista de Medicina, N° 105, 1987, pp. 103-107.

HÉRITIER, Françoise. **Sida: Le Défi Anthropologique**. Periodique: Actions et Recherches Sociales, N° 1, 1990, pp. 13-19.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Report on the Global HIV/Aids Epidemic**. Geneva: UNAIDS, July 2002.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Report on the Global HIV/Aids Epidemic**. Geneva: UNAIDS. July 2007.

KLEINMAN, Arthur; EISENBERG, Leon; GOOD, Byron. **Culture, Illness and Care**. Annals of Internal Medicine: Vol. 88(2), 1978, pp. 251-258. Disponível em: <http://focus.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=50511>. Acesso em: 07 Dez. 2011

KLEINMAN, Arthur. **Concepts and Models for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems**. Social Science and Medicine: Vol. 12, 1978, pp. 85-93.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000091&pid=S0102-311X200600080000300029&lng=en. Acesso em: 07 Jan. 2011

KNAUTH, Daniela. **Um Problema de Família: A Percepção da Aids entre Mulheres Soropositivas**. In: LEAL, Ondina Fachel (org.). Corpo e Significado. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1995, pp. 379-390.

KNAUTH, Daniela. **Maternidade sob o Signo da Aids: Um Estudo sobre Mulheres Infectadas**. In: COSTA, Albertina de Oliveira (org.) Direitos Tardios: Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina. São Paulo: Editora 34. 1997, pp. 41-64.

KNAUTH, Daniela. **O Vírus Procurado e o Vírus Adquirido: A Construção da Identidade entre Mulheres Portadoras do Vírus da Aids**. Revista Estudos Feministas. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro/IFCS. Vol. 5. N° 2/97. 1997a, pp. 291-301.

KNAUTH, Daniela. **Psicoterapia, Depressão e Morte no Contexto da Aids**. In: Antropologia da Saúde: Traçando Identidades e Explorando Fronteiras. ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina (orgs.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Editora Relume Dumara. 1998, pp. 139-156.

KNAUTH, Daniela. **As Implicações Éticas da Pesquisa Antropológica: Uma Reflexão a partir do Caso da Aids**. In: VÍCTORA, Ceres et al. (org.). Antropologia e

Ética: O Debate Atual no Brasil. Niterói: Associação Brasileira de Antropologia e Editora da Universidade Federal Fluminense, 2004.

LOYOLA, Maria Andréa. **Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde**. Rio de Janeiro: Difel, 1984.

MACEDO, José Rivar. **A Mulher na Idade Média**. São Paulo: Contexto, 1992.

MAGNANI, José Guilherme. **Discurso e Representação, ou de Como os Baloma de Kiriwina podem Reencarnar-se nas Atuais Pesquisas**. In: CARDOSO, Ruth. *Aventura Antropológica*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

MALDONADO, Maria Tereza. **Maternidade e Paternidade**. Petrópolis: Vozes, 1989.

MEYER, DAGMAR. **As Mamas como Instituintes da Maternidade: Uma História do Passado?** In: MERCADO, Francisco; GASTALDO, Denise; CALDERÓN, Carlos (Comp.). *Paradigmas y Diseños de la Investigación Cualitativa en Salud*. Mexico: Universidad de Guadalajara. 1ª Edición. 2002, pp. 375-399.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 3ª Edição, 1994.

MIURA, Ernani. **Leite Materno, Desnutrição e Infecção**. Porto Alegre: Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul, N° 22, 1978, pp. 8-15.

PAIVA, Vera. **Cenas Sexuais, Roteiros de Gênero e Sujeito Sexual**. In: BARBOSA, Regina; PARKER, Richard (orgs.). *Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. 1999, pp. 249-269.

PALMER, Gabrielle. ***The Politics of Breastfeeding***. London: Pandora, 1988.

PARKER, Richard. **A Construção da Solidariedade: Aids, Sexualidade e Política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA/IMS/UERJ, 1994.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. **Estigma, Discriminação e Aids**. Rio de Janeiro: Coleção ABIA. *Cidadania e Direitos* N° 1, 2001, pp. 45.

PRIORI, Mary del. **Ao Sul do Corpo: Condição Feminina, Maternidade e Mentalidades no Brasil Colônia**. Rio de Janeiro: José Olímpio, 2ª Edição, 1995.

QUEIROZ, Telma Correa. **Do Desmame ao Sujeito**. São Paulo: Casa do Psicólogo. Coleção Primeira Infância, 1ª Edição, 2005.
Disponível em: <http://bookdgoogle.com.br/books/> Acesso em: 20 Ago. 2011

REDE MOÇAMBICANA DE ORGANIZAÇÕES CONTRA SIDA. **Análise da Situação do HIV/Sida e Acesso ao Tratamento Antirretroviral em Moçambique**. Relatório Produzido para a Primeira Conferência da Sociedade Civil sobre HIV/Sida em Moçambique. Maputo. 2007.

ROHDEN, Fabíola. **Arte de Enganar a Natureza: Contracepção, Aborto e Infanticídio no Início do Século XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Coleção História e Saúde. 2003.

SANTOS, Evanguelia Atherino dos. **A Expressividade Corporal do Ser-Mulher/Mãe HIV Positiva Frente à Privação do Ato de Amamentar: A Compreensão do Significado pela Enfermeira à Luz da Teoria da Expressão de Merleau-Ponty**. Florianópolis. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. 2004.

SANTOS, Elizabeth Moreira dos. **Aids e Mulher: Desafios para Definições de Políticas de Intervenção**. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. (orgs.) Quebrando o Silêncio: Mulheres e Aids no Brasil. Série História Social da Aids. N° 7. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1996, pp. 79-88.

SARTI, Cynthia. **A Família como Espelho: Um Estudo sobre a Moral dos Pobres**. Campinas: Editora Autores Associados. 1996.

SCOTT, Joan. **Gênero: Uma Categoria Útil para a Análise Histórica**. Recife: SOS Corpo - Gênero e Cidadania. 2ª Edição, 1995, pp. 1-19.

SONTAG, Susan. **A Doença como Metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1984.

STASEVSKAS, Kimy Otsuka. **Ser Mãe: Narrativas de Hoje**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo. Universidade de São Paulo. 1999.

TUDISCO, Eliete Salomon et al. **Avaliação do Estado Nutricional Materno e Duração do Aleitamento Materno**. São Paulo: Revista de Saúde Pública N° 18, 1984, pp. 313-322.

VÍCTORA, Ceres. **Os Limites do Corpo Sexual: Um Estudo sobre as Experiências Corporais das Mulheres Inglesas**. Porto Alegre: Corpus-Cadernos do NUPACS, Vol. 2, 1996, pp. 1-20.

VÍCTORA, Ceres et al. (2007). **Hábitos Alimentares e Cultura: Um Estudo de Concepções sobre Alimentação Infantil**. In: Maciel, Maria Eunice; Gomberg, Estélio (org.). Temas em Cultura e Alimentação. Aracaju: Editora da Universidade Federal de Sergipe: Fundação Oviêdo Teixeira, 2007, pp. 10-26.

VILLELA, Wilza. **Prevenção do HIV/Aids, Gênero e Sexualidade: Um Desafio para os Serviços de Saúde.** In: BARBOSA, Regina; PARKER, Richard (orgs.). Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999, pp. 99-214.

VINHA, Vera Pileggi. **Projeto Aleitamento Materno: Determinação de sua Eficácia com Vista ao Auto-cuidado com a Mama Puerperal.** Ribeirão Preto. Tese de Doutorado em Enfermagem. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 1988.

VINHA, Vera Pileggi; SCHOCHI, Carmen Gracinda Silva. **Aleitamento Materno: Evolução Histórica.** Brasil: Feminina, Vol. 17, N° 10, 1989.

ZALUAR, Alba. **A Máquina e a Revolta: As Organizações Populares e o Significado da Pobreza.** São Paulo: Editora Brasiliense. 1984.

10 APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro de Observação

Mínimo de vinte turnos de observação, visando dar conta das seguintes questões:

- Cotidiano das mulheres no serviço de saúde;
- Relações estabelecidas dentro do serviço tanto com profissionais de saúde como com outras mulheres HIV+;
- Principais preocupações trazidas pelas mulheres para o serviço de saúde;
- Apoio prestado tanto pelo serviço de saúde como por outras mulheres que frequentam os serviços.

Apêndice B - Guião de Entrevista

A. Características Sociodemográficas

1. Idade:
2. Escolaridade:
3. Estado Civil:
4. Residência:
5. Com quem mora:
6. Relação com as pessoas com quem mora:
7. Ocupação/Profissão:
8. Número de filhos:
9. Religião:

I. Descoberta da Doença

1. Como soube que tinha o HIV e como se sentiu ao receber o diagnóstico?
2. Como é que acha que contraiu o vírus?
3. A descoberta do seu estado trouxe alguma mudança em sua vida? Se sim, pode falar dessa experiência?
4. Alguém das suas relações sabe que tem o vírus? Quem?
5. Desde que descobriu que tem o HIV recebe algum tipo de apoio? Por parte de quem?
6. Pode me falar da sua experiência de tratamento.

II. Experiência em Relação à Gravidez e Amamentação

1. Pode me falar de gravidez na sua família e da(s) sua(s) experiência nas anteriores gestações?
2. Pode me falar da amamentação na sua família e como foi a sua própria experiência?
3. Pode me falar da sua experiência de gravidez depois que foi infectada pelo vírus?
4. Recebeu algum tipo de apoio ao longo da sua gravidez? De quem?
5. Quais é que pensa que foram os efeitos dos medicamentos que tomou durante a gravidez para si e para o seu bebê?

III. Relação com o Serviço de Saúde

1. Depois que teve o bebê para onde é que foi encaminhada dentro do hospital?
2. Como se sentiu ao ser internada no alojamento conjunto com outras mulheres (que podiam amamentar)?
3. Passou por algum tipo de pressão ou atitude negativa por parte de algum profissional da saúde, ou de outras mulheres pelo fato de ser HIV+ e por não amamentar?

IV. Cuidados com o Recém-Nascido

1. Como é que está a ser a experiência de cuidar do seu bebê?
2. Tem algum tipo de apoio para cuidar do seu bebê?
3. Acha que o seu bebê necessita de algum cuidado especial que não teve com os seu(s) outro(s) filho(s)? Se sim, quais?
4. O seu bebê tomou algum tipo de medicamento quando nasceu?
5. Como é que administra essa medicação (dose que dá)?
6. Acha que essa medicação tem algum efeito sobre a saúde do seu bebê?
7. Como é que alimenta o seu bebê?
8. Acha que o fato de não alimentar o seu bebê com o leite do peito tem algum tipo de implicação (se sim quais)? Por quê?
9. Quando não podia amamentar o seu bebê houve alguém que fez isso por si? Se sim, qual é o tipo de relação que tem com essa pessoa?
10. O que pensa sobre o fato de não ter amamentado o seu bebê? Como se sente em relação a isso?
11. Alguém tem conhecimento das razões pelas quais não pode amamentar?

V. Orientação do Serviço de Saúde

1. Recebeu alguma orientação do serviço de saúde em relação à amamentação? Se sim, qual?
2. Conseguiu cumprir com as orientações recebidas?

3. Como se sentiu ao ser orientada para a não amamentação?
4. Usou algum método para secar o leite do peito (hospitalar/caseiro)?

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaria de convidá-la a participar da pesquisa **Infecção por HIV e Aleitamento Materno**. Esta pesquisa tem como objetivo investigar como as mulheres infectadas pelo vírus da Aids veem a doença e as questões relacionadas à amamentação. A pesquisa está sendo realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) na cidade de Porto Alegre.

Esperamos que os resultados do estudo possam ajudar os serviços de saúde a identificarem e melhor atenderem as demandas das mulheres vivendo com HIV/Aids. A sua participação será através de uma entrevista individual semi-estruturada, em local privativo, conduzida por mim. A entrevista individual será gravada em arquivos digitais que posteriormente serão transcritos. Os dados serão analisados de uma forma geral, não aparecendo em nenhum lugar o seu nome ou outro dado que possa identificar as participantes.

A participação na entrevista é voluntária, ficando você livre a não responder qualquer pergunta. A não participação na pesquisa não trará nenhum tipo de prejuízo a você e nem ao seu atendimento aqui no serviço de saúde. Se você tiver alguma dúvida ou preocupação sobre o estudo, pode contatar a pesquisadora principal do estudo (Joelma Joaquim) no número (51) 33086638. Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, ou qualquer denúncia, poderá entrar em contacto com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-Geral do Comitê de Ética do GHC pelo telefone 3357-2407.

Declaro que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20__

Assinatura da entrevistada

Assinatura da pesquisadora

Nome

Nome da pesquisadora

Apêndice D - Tabela do Perfil das Entrevistadas

Entr.	Idade	Raça	Estado Civil	Escolaridade	Religião	Residência	Ocupação	Nr. Filhos	HIV+
A	31	Branca	Separada	2º grau compl.	Batuque	POA	D. Casa	2	+ de 3 anos
B	37	Branca	Casada	1º grau incompl.	Católica	POA	Faxineira	9	+de 3 anos
C	31	Branca	Casada	2º grau compl.	Católica	Gravataí	D. Casa	4	+de 3 anos
D	23	Branca	Casada	1º grau incompl.	Católica	Esteio	D. Casa	5	+ de 3 anos
E	25	Negra	Casada	2º grau compl.	Nenhuma	POA	Telefonista	2	1 ano
F	37	Branca	Casada	2º grau incompl.	Católica	Parobé	Auxiliar Administr.	3	+ de 3 anos
G	38	Negra	Casada	1º grau incompl.	Nenhuma	POA	D. Casa	3	+ de 3 anos
H	32	Negra	Separada	1º grau incompl.	Evangélica	POA	D. Casa	6	+ de 3 anos
I	28	Branca	Casada	2º grau compl.	Espírita	Viamão	D. Casa	3	1 ano
J	33	Negra	Separada	1º grau compl.	Católica	Viamão	Cozinheira	2	1 ano
K	28	Branca	Separada	2º grau incompl.	Católica	Viamão	Funcionária da Creche	2	1 ano
L	23	Branca	Casada	2º grau incompl.	Nenhuma	Barra do Ribeiro	Operária	3	+de 3 anos
M	35	Branca	Separada	1º grau incompl.	Evangélica	Canoas	Faxineira	7	1 ano
N	34	Branca	Separada	1º grau incompl.	Católica	POA	Emp. Domést.	6	+ de 3 anos
O	22	Negra	Casada	1º grau incompl.	Nenhuma	POA	D. Casa	2	1 ano
P	20	Negra	Separada	1º grau incompl.	Nenhuma	POA	D. Casa	2	1 ano
Q	18	Negra	Casada	1º grau incompl.	Nenhuma	POA	D. Casa	2	+ de 3 anos
R	24	Branca	Casada	2º grau incompl.	Evangélica	POA	D. Casa	3	+ de 3 anos
S	25	Branca	Casada	1º grau incompl.	Nenhuma	Cidreira	D. Casa	4	+ de 3 anos
T	30	Branca	Separada	1º grau incompl.	Nenhuma	POA	Faxineira	5	+ de 3 anos