

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**“A vivência da maternidade:
um estudo com gestantes portadoras do HIV”**

Luciana Trindade Valente de Carneiro

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2010

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

“A vivência da maternidade:
um estudo com gestantes portadoras do HIV”

Luciana Trindade Valente de Carneiro

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio de Castro Figueiredo

RIBEIRÃO PRETO - SP

2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Carneiro, Luciana Trindade Valente de
A vivência da maternidade: um estudo com gestantes
portadoras do HIV, 2010.
133 p.: il.; 30 cm

Dissertação, apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de
Psicologia e Educação.

Orientador: de Castro Figueiredo, Marco Antonio

1. HIV/AIDS. 2. Maternidade. 3. Saúde Reprodutiva

Nome: CARNEIRO, Luciana Trindade Valente de

Título: A vivência da maternidade: um estudo com gestantes portadoras do HIV

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao Raul, Maria e André com amor

AGRADECIMENTOS

Às *gestantes soropositivas*, que me permitiram partilhar uma parte singular de suas histórias, meu muito obrigado

Ao *Marco*, meu orientador, pela compreensão, paciência e que ao longo desse período foi me lapidando para que eu pudesse alcançar meus objetivos.

À *Equipe do AMIGO*, em especial ao *Professor Geraldo Duarte*, que me acolheram e contribuíram para que este estudo se realizasse.

À *Lícia*, pelas sugestões, conselhos e pela ajuda fundamental durante todo o processo do trabalho.

Aos *professores da FFCLRP e EERP* pela dedicação e compromisso com a construção do saber

A *minha mãe*, pelo exemplo de determinismo e perseverança, no qual tento me espelhar e que me motiva a trilhar os caminhos da vida.

Ao *meu pai*, pelo apoio incondicional, pela confiança e dedicação, proporcionando as condições necessárias para o meu crescimento.

Aos *meus irmãos*, pela torcida, mesmo que de longe.

Ao *Raul*, que sempre esteve ao meu lado. Pela paciência, pelo interesse, pela compreensão e apoio em todas as horas, pelos momentos de cansaço, mas também pelos vários momentos de alegria e comemorações.

A todos os *amigos e familiares* por entenderem os momentos de ausência e por me apoiarem para a concretização de mais uma etapa em minha vida

A todos do *Grupo de Pesquisa*, pelas contribuições no dia-a-dia.

RESUMO

CARNEIRO, L. T. V.; M.; FIGUEIREDO, M. A. C. **A vivência da maternidade: um estudo com gestantes portadoras do HIV.** 2010. 133f Dissertação (Mestrado) Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010.

Esta pesquisa originou da preocupação pela progressão do HIV/AIDS na população feminina, acompanhada da interiorização da doença. As políticas públicas de saúde voltadas a saúde da mulher têm se preocupado não somente com a redução da transmissão vertical do vírus HIV mas também com a qualidade da assistência ofertada. Para tanto o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP) oferece um programa de assistência ao pré natal para gestantes de alto risco que padroniza as ações necessárias a serem executadas pelos profissionais que atuam nessa área. Na perspectiva de conhecer as características desta mulheres em torno da gestação e o modo como as gestantes percebem o pré-natal, é que este estudo objetivou a criação de elementos para a concepção de estratégias de orientação e manutenção da saúde e direitos reprodutivos para gestantes portadoras de HIV/Aids. Foram realizadas dez entrevistas com gestantes soropositivas que estavam realizando o pré natal no Ambulatório de Moléstias Infecto Contagiosas do HCFMRP/USP. Realizou-se um estudo descritivo, exploratório, com uma abordagem qualitativa. Os dados foram organizados através da análise temática de Minayo. Através dos dados transcritos das entrevistas, formou-se categorias para os questionamentos levantados. Os resultados mostraram pontos importantes como o planejamento da gravidez e a soropositividade no qual essas mulheres exerceram seu direito reprodutivo apesar da sua condição clínica. O enfrentamento da doença também foi ponto importante na pesquisa pois a maioria dessas mulheres aderiram ao tratamento e as consultas do pré natal ponderando sempre a saúde dos bebês trazendo sempre a preocupação com a transmissão vertical. Concluiu-se que é necessário organizar o atendimento a essas mulheres de forma integral, para além do manejo clínico da infecção e seus sintomas, incorporando, por exemplo, a sua saúde reprodutiva e sua vida familiar.

Palavras-chave: Maternidade, vulnerabilidade feminina, HIV/AIDS, saúde reprodutiva

ABSTRACT

CARNEIRO, L. T. V.; FIGUEIREDO, M. A. C. **The experience of motherhood: a study of HIV infected pregnant women.** 2010. 133f. Thesis (Masters). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

This research originated from the concern over the progression of HIV / AIDS among the female population, accompanied by the internalization of the disease. The public health policies aimed at women's health have been concerned not only with the reduction of transmission of the HIV virus but also with the quality of care offered. For that the Hospital das Clínicas of the Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo (HCFMRP / USP) offers an assistance program for prenatal women at high risk that standardizes the necessary actions to be performed by health professionals in this area. From the perspective of knowing the characteristics of women around pregnancy and how pregnant women perceive prenatal care, this study aimed at creating elements for the design of strategies for guiding and maintaining the health and reproductive rights for pregnant women with HIV / AIDS. Ten interviews were conducted with HIV positive pregnant women who were attending at the Prenatal Clinic of the Infectious Diseases Infectious HCFMRP / USP. We conducted a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. Data were organized by Minayo's thematic analysis Using data from transcribed interviews, graduated categories to the questions were raised. The results showed some points such as planning the pregnancy and seropositivity in which these women their reproductive rights were maintained despite her condition. Confronting the disease was also important point in the research because most of these women adhered to treatment and consultation of prenatal always pondering the health of their babies bringing always a concern with vertical transmission. Concluded that it is necessary to organize a complete care for these women, beyond the clinical management of infection and its symptoms, including, for example, their reproductive health and family lifestyle.

Keywords: Motherhood, women's vulnerability, HIV / AIDS, Reproductive Health

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
1.1	Trajetórias e tendências da epidemia.....	11
1.2	Transmissão materno infantil.....	13
1.3	Programa nacional de DST e AIDS.....	16
1.4	A saúde da mulher.....	17
1.4.1	Saúde e gravidez.....	19
1.4.2	Pré-natal de alto risco.....	19
1.5	O município de Ribeirão Preto.....	20
1.6	Saúde reprodutiva.....	22
1.6.1	Direito reprodutivo – trajetória histórica.....	23
2.	JUSTIFICATIVA	26
3.	OBJETIVOS	27
3.1	Objetivo geral.....	27
3.2	Objetivos específicos.....	28
4.	PARTICIPANTES E MÉTODO	28
4.1	Questões éticas.....	28
4.2	Participantes.....	28
4.3	Local de estudo.....	29
4.4	Coleta de dados.....	29
4.4.1	Entrevista semi-estruturada.....	29
4.5	Tratamento dos dados.....	31
5.	RESULTADOS	33
5.1	Caracterização das participantes.....	33
5.2	Análise e discussão das entrevistas.....	35
5.3	Estar em período de gestação e viver com HIV/AIDS.....	37
5.3.1	Introjeção do estigma.....	37
5.3.2	Manejo do afeto.....	39
5.3.3	Centrado na lógica.....	40
5.3.4	Resposta afetiva.....	41
5.4	Ser mulher e viver com HIV/AIDS.....	42
5.4.1	Costumes.....	43
5.4.2	Símbolo.....	43

5.4.3	Identidade.....	45
5.4.4	Introjeção do estigma.....	46
5.4.5	Socialização.....	47
5.4.6	Direito reprodutivo.....	48
5.5	Estar em período de gestação, HIV/AIDS e tratamento.....	49
5.5.1	Situação de vulnerabilidade.....	50
5.5.2	Auto cuidado.....	50
5.5.3	Cuidado com o bebê.....	52
6.	DISCUSSÃO.....	54
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre-esclarecido

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para caracterização socio demografica

APÊNDICE C – Transcrição na íntegra das entrevistas

APÊNDICE D –Locuções referentes às subcategorias temáticas

1– INTRODUÇÃO

1.1 – Trajetórias e tendências da epidemia

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU) declararam que, desde o início da epidemia Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), na década de 80, até o ano de 1997, mais de 30 milhões de pessoas estariam infectadas pelo vírus da imunodeficiência (HIV), o que representa um em cada 100 adultos na faixa etária entre 15 e 49 anos e 1,1 milhão de crianças, ou seja, indivíduos com idade inferior a 15 anos também estariam infectados. Os dados do último relatório mundial de AIDS da UNIAIDS, Órgão das Nações Unidas dedicado ao combate da doença, aponta uma estabilização da epidemia no País em 2007, algo tido como exemplo para outras nações. Segundo o relatório, houve 30 mil novos casos de infecção e 11 mil morreram, perfazendo um total de aproximadamente 730 mil pessoas vivendo com AIDS – 40% do total de infectados da América Latina (UNIAIDS 2007).

De 1980 até junho de 2008, foram identificados 333.485 (66%) casos de AIDS no sexo masculino e 172.995 (34%) no sexo feminino. Entre homens, a taxa de incidência em 2006 foi de 23 casos por 100 mil hab. Nas mulheres, a taxa foi de 15,1 casos por 100 mil. A razão de sexo (H: M) no Brasil vem diminuindo ao longo da série histórica. Passou de 15 casos em homens para um caso em mulher, em 1986, para 15 casos em homens para 10 casos em mulheres, em 2006. Em mulheres, existe o predomínio de casos de transmissão heterossexual em toda a série histórica. Em 1996, a transmissão heterossexual era responsável por 85,4% dos casos. Já em 2006, eram 96,1%. A transmissão por drogas injetáveis apresenta uma redução histórica tanto em homens quanto em mulheres. Neles, caiu de 23,8% em 1996 para 8,9% em 2006. Nas mulheres, a queda foi de 12,6 em 1996 para 3,3 em 2006 (BRASIL, 2008).

No período de 1980 a junho de 2008, foram diagnosticados 11.796 casos de AIDS por transmissão vertical (de mãe para filho). De 1996 até 2006, houve uma redução de 54,5% nos casos. Passou de 893 para 406 (BRASIL, 2008).

No Estado de São Paulo, foram notificados 13.704 casos no período de 2000 a 2009 (dados considerados até 30/06/09). Para que seja feita uma melhor identificação das populações consideradas de alta vulnerabilidade na transmissão

vertical do HIV é preciso um conhecimento prévio do perfil sócio-demográfico das mulheres soropositivas. O maior percentual de transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV) da mãe para a criança ocorre durante o parto. Medidas preventivas neste momento são necessárias e responsáveis pela redução de grande parte do risco de transmissão (SÃO PAULO, 2009).

Diante desse contexto – a vulnerabilidade feminina e a alta letalidade durante as duas primeiras décadas da epidemia da AIDS – vários estudos abordaram o tema sexo seguro. A ênfase dessa discussão foi não somente sobre a importância do uso permanente do preservativo nas relações sexuais, como também a necessidade de buscar práticas sexuais mais seguras, ou seja, focou-se também na diminuição do número de parceiros, na mudança de comportamentos visando à prevenção da infecção. Falava-se prioritariamente sobre métodos de barreira, sobretudo o preservativo - que previne a transmissão das doenças sexualmente transmissíveis (DST), o vírus HIV e também a gravidez (LAGO, 1996).

O primeiro caso de AIDS em mulheres no país foi notificado em 1983. Em 1984 a razão homem/mulher era de 40/1. Dez anos depois, em 1994 a razão homem/mulher chegou a 3/1 e se mantém até os dias de hoje. Entretanto, quando se considera todas as regiões do país encontram-se razões de 2/1. (PIMENTA, 1997, p.80). O Sistema de Informação no Estado de São Paulo, até 31/07/2001 registrou 7.693 portadores do HIV. Desses 5.074 eram do sexo masculino e 2.619 do sexo feminino, sendo a razão de sexo de 2/1 (BRASIL. 2001).

A rápida disseminação da epidemia tem mobilizado profissionais de diferentes áreas e de todas as instâncias do poder público e do privado em busca de caminhos mais eficazes de contenção da transmissão do HIV (LANGER E NIGENDA, 2000; BRASIL 2004A). O cenário atual mostra tendências bastante diversas daquelas observadas no início da epidemia, refletindo hoje um conjunto de agravantes, com destaque na pauperização, interiorização e, principalmente, feminização da AIDS (BRASIL, 2000; SZWARCOWALD ET AL., 2000; SANTOS ET AL., 2002A; BRASIL 2004A).

No entanto, o aspecto mais evidente da epidemia constitui a feminização da AIDS, cuja consequência direta é a probabilidade de transmissão materno-infantil. (DUARTE, 2001; UNAIDS, 2002; INSTITUTO PROMUNDO, 2004). O perfil epidemiológico atual aponta para uma grande maioria de mulheres soropositivas de baixa renda, com baixa escolaridade, infectadas por relações heterossexuais, muitas

delas com parceiros usuários de drogas (BRASIL, 2000a; BARCELLOS, 2001; VILLELA, 2001; BRASIL 2004B). Provavelmente elas somente conhecerão sua condição sorológica quando enfrentarem algum sintoma da doença nelas ou no parceiro, quando realizarem, durante o pré-natal, o teste para HIV ou diante da soropositividade de um filho pequeno.

Dessa forma, não se pode desprezar o fato de que as mulheres nem sempre procuram os serviços de saúde para o acompanhamento de pré-natal, ou quando o fazem, a gravidez já está avançada. Essa situação implica no diagnóstico tardio da infecção, prejudicando saúde reprodutiva da mulher, o prognóstico da doença, a qualidade e o tempo de vida. (BARCELLOS, 2001; BRASIL, 2004A)

1.2 Transmissão Materno-Infantil

Como resultado da expansão da epidemia, as mulheres têm sido amplamente afetadas, acarretando, por sua vez, o aumento dos casos de crianças infectadas por transmissão materno-infantil. Denominada também 'transmissão vertical' esta pode ocorrer durante a gestação, o parto e a amamentação. Sabe-se que cerca de 70% dos casos ocorrem durante o trabalho de parto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003)

Estima-se que de 15 a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV adquirem o vírus na gestação, durante o trabalho de parto ou por meio da amamentação (BRASIL, 2004b). Segundo KUHN et al (1999), CEBALLOS et al (2000) e RUTSTEIN (2001) dentre os aspectos associados à transmissão materno-infantil, destacam-se: a alta carga viral materna, a ruptura prolongada das membranas amnióticas, a presença de DTSs, o tipo de parto, a prematuridade e o uso de drogas. Para que haja uma redução efetiva da taxa de transmissão vertical é preciso que sejam feitas de intervenções direcionadas todas as mulheres e crianças e não somente aquelas que são direcionadas especificamente para a população sabidamente afetada pela AIDS.

No Brasil, apesar da oferta do exame sorológico para detecção pelo HIV e da distribuição gratuita da medicação anti-retroviral, ainda existem dificuldades para identificar gestantes soropositivas durante o pré-natal. Conseqüentemente, muitas mulheres chegam ao parto sem conhecer sua condição sorológica. Este fato ocorre dado ao baixo percentual de gestantes que realizam o pré-natal no Brasil - situação preocupante para o alcance das metas propostas pelo Ministério da Saúde. Sabe-se

que em 2001 o percentual de nascidos vivos no país com mais de seis consultas de pré-natal foi de 45,61%; no estado de São Paulo foi de 58,99% (o melhor índice dentro da federação), e no município de Ribeirão Preto foi de 74,34% (DATASUS, 2005).

Os estrangulamentos do sistema nacional de saúde estão multiplicando-se em todas as etapas do processo. Em 2004, Souza Júnior et al. afirmam que esses ocorrem desde a inclusão da gestante para o acompanhamento pré-natal até a ausência de pedido do teste sorológico. Em 2003, segundo a Coordenação Nacional de DST e AIDS (CNDST/AIDS), a cobertura da testagem para o HIV durante o pré-natal está abaixo de 40%. Existem dificuldades no que se refere à assistência da rede básica de saúde para prover o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV e como consequência a cobertura é insuficiente no que se refere às mulheres testadas durante o pré-natal (BRASIL, 2003a).

Segundo levantamentos realizados em maternidades selecionadas em todo o país, a prevalência estimada da infecção pelo HIV em parturientes, estabelecida por meio de estudos transversais, entre 1997 e 2000, foi de 0,6% (variando de 0,5 a 1,2%). (BRASIL, 2003) Nesse contexto, a transmissão vertical tem sido um dos grandes desafios para a saúde pública e representa um dos problemas de maior importância em todo o mundo. Como consequência do crescente número de casos de infecção por HIV entre as mulheres, houve um aumento desse tipo de transmissão, que no período de 1983 a 1992, era responsável por 64% dos casos de infecção por HIV em menores de 13 anos, aumentando para 83,6% dos casos, no período de 1993 até junho de 2004 (BRASIL, 2004 d).

Na ausência de uma intervenção efetiva, a transmissão vertical do HIV alcança taxas de 25,0 a 30,0%. Com a introdução de medidas profiláticas que visam à redução da transmissão vertical é possível alcançar índices tão baixos quanto 1,0 a 2,0% (BRASIL, 2004). Vários estudos comprovam a eficácia do uso regular de anti-retrovirais pela gestante infectada para redução da transmissão vertical, demonstrado pelo protocolo 076 do AIDS Clinical Trial Group (Shaffer N et al, 1999). Com base nesses estudos, o Ministério da Saúde estabeleceu recomendações e rotinas para unidades de atenção primária e serviços materno-infantis, com ênfase na atenção integral a gestantes e crianças. As orientações desse protocolo para redução da transmissão vertical incluem: oferta universal do teste anti-HIV com aconselhamento pré e pós-teste; administração de anti-retrovirais a gestante a partir

da 14ª semana de gestação e, durante o parto, e ao recém-nascido nas seis primeiras semanas de vida; substituição do aleitamento materno e escolha da via de parto (BRASIL, 2001a).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), essas políticas estão disponíveis para toda a população de gestantes infectadas por HIV e seus filhos, embora haja, ainda, dificuldades em prover diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV pela rede de saúde pública. A cobertura de mulheres testadas no pré-natal é insuficiente, principalmente nas populações mais vulneráveis, além disso, a qualidade do pré-natal ainda está aquém do desejável.

O progresso no tratamento das pessoas portadoras do HIV/AIDS inclui o uso de terapia anti-retroviral adequada o que tem sido significativo, resultando numa melhoria da qualidade de vida e maior longevidade. Isso tem possibilitado cada vez mais que as mulheres soropositivas mudem suas expectativas e projetos futuros, decidindo por uma gravidez e formar uma família. (SANTOS et al., 2002B; ROSSI et al., 2005).

Cabe a mulher, seja ela soropositiva ou não, a decisão da escolha da maternidade sendo essa opção um de seus direitos fundamentais que devem ser respeitados. No entanto, no que se refere às mulheres soropositivas para HIV, a escolha da maternidade é um processo complexo porque envolve tanto aspectos psicológicos quanto culturais que são associados à doença e à morte (KLINE et al, 1995; KNAUTH, 1999). Esse processo torna-se mais complexo e difícil ao se defrontar com o quadro social da AIDS em mulheres, em que se observa evidente deterioração na relação mãe-filho e desagregação familiar causada pelos efeitos da doença na família. (DUARTE, 2001).

Após o parto, é comum ocorrer remissões na adesão ao acompanhamento médico, pelas mulheres. Aconselha-se nestes casos monitorar o seu comparecimento às consultas e realizar, se necessário, uma busca ativa. Garcia (2005) aponta para a necessidade de criar um ambiente acolhedor a partir do primeiro contato com a gestante com a equipe do pré natal promovendo o estabelecimento da confiança, onde ela seja orientada não somente sobre a importância desse acompanhamento clínico e ginecológico como também o acompanhamento do seu filho até a definição de sua situação sorológica.

No início dos anos 90, o panorama da doença gerava uma grande preocupação junto aos profissionais de saúde em relação ao aconselhamento

reprodutivo. Nessa época, a gravidez parecia contra-indicada, principalmente em função do risco de transmissão do vírus ao bebê, estimado em 20%- 40%. Este fato ocorria porque os medicamentos para o tratamento da infecção eram recentes e não haviam sido devidamente testados. Ainda não havia o conhecimento se esses diminuiriam os riscos de contaminação do bebê. Sabe-se também que não haviam técnicas reprodução assistida desenvolvidas o suficiente que auxiliassem os casais soropositivos a reduzir ou eliminar o risco de transmissão do vírus (HENRION et al., 1993). Dessa forma, segundo BIANCO (1997), as mulheres portadoras do HIV estavam expostas a uma forte pressão por parte da sociedade e das equipes da saúde para não se reproduzirem.

Nos dias de hoje, o aconselhamento reprodutivo é, dentre as inúmeras orientações sobre a infecção, o principal foco dado pela equipe de saúde. Cabe a esse profissional discutir e orientar a mulher HIV positiva a respeito da sua condição clínica e do tratamento; os meios de transmissão da doença - inclusive a transmissão vertical. A ele compete identificar a expectativa e interesse dessa mulher de engravidar e suas condições psicológicas e socioeconômicas. (KASS, 1994; ANDERSON, 2000).

1.3 Programa Nacional de DST e AIDS

O Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) surgiu para reduzir a incidência da doença e melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas. Para tal foram definidas diretrizes de melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos a essas pessoas: a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; o aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST e da infecção pelo HIV; o aumento da cobertura das ações de prevenção em mulheres e populações com maior vulnerabilidade; a redução do estigma e da discriminação e a melhoria da gestão e da sustentabilidade.

Para fomentar a descentralização das ações foi instituída uma política de incentivo com base em critérios epidemiológicos, capacidade instalada e capacidade gestora das Secretarias de Saúde. Foram então definidos um conjunto de municípios que deveriam receber recursos extras para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle ao HIV/AIDS e outras DSTs. Ainda na perspectiva da descentralização das ações, foram implementadas Normas Operacionais de

Assistência (NOAS-SUS 2001), com distribuição das competências de estados e municípios no processo de gestão.

Visando expandir a qualidade e o acesso às intervenções, foram implementadas providências, no sentido de ampliar as ações de promoção/prevenção, inserção de grupos mais vulneráveis nas redes de atenção e o acesso aos insumos para adoção de práticas mais seguras. Além disso, os agentes do Ministério da Saúde, dos Estados e Municípios realizaram um pacto, visando definir responsabilidades sobre a aquisição e distribuição de medicamentos anti-retrovirais, além do tratamento de infecções oportunistas e outras DSTs e a ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV e outras DSTs.

Para aumentar a efetividade dessas ações, foram implementadas, a produção e a propagação de informações de qualidade para subsidiar a elaboração de um plano diretor. Esse plano inclui: o conhecimento da prevalência do HIV, da sífilis e outras DST; a consolidação de um sistema de monitoramento de indicadores do Programa Nacional; a implantação de uma rede de vigilância de eventos clínicos e reações adversas; a implementação do sistema de controle de exames laboratoriais e a implementação do sistema de controle logístico de medicamentos anti-retrovirais; o aprimoramento da vigilância biológica e comportamental; a criação de sistema de gestão e a divulgação dos resultados das pesquisas.

Ainda nessa perspectiva, o programa tem como finalidade a estruturação de redes nacionais. Essas buscam o desenvolvimento tecnológico de vacinas e microbicidas para pesquisas clínicas; a elaboração de plano estratégico para desenvolvimento de fármacos e medicamentos e de testes diagnósticos e de acompanhamento clínico; o aprimoramento da gestão; a implementação da política de formação e regulação de recursos humanos e o fortalecimento e ampliação da cooperação técnica, científica e tecnológica entre países.

1.4 A saúde da mulher

No Brasil, a proteção da saúde materno-infantil teve seu marco nos anos 20, tendo como referência a reforma sanitária de Carlos Chagas. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que coordenou em nível nacional, a assistência materno-infantil focada no direito ao nascimento. A proteção à maternidade e à infância torna-se assunto de saúde pública, centralizado e regulado pelo Estado. Nos anos 60, a atenção materno-infantil sofreu um declínio, quando a prioridade do governo passou

a ser o combate às doenças endêmicas Na década seguinte, essa atenção foi retomada com a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, que estabelecia programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao estímulo ao aleitamento materno, à nutrição além de um controle da natalidade. Em 1975 surgiu o Programa de Saúde Materno-Infantil. Ele tinha por alvo as gestantes, puérperas e mulheres em idade fértil. Suas ações tinham como objetivo garantir a força de trabalho. Três anos depois, o Ministério da Saúde criou o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco.

Em 1984, foi implementado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher tendo como objetivo incluir a assistência à mulher desde a adolescência até a terceira idade, e oferecer a opção desta de exercer a maternidade em todo o ciclo vital.

Desta forma, as políticas de saúde da mulher vêm sofrendo reformulação seja por da iniciativa do sistema governamental seja pela luta dos movimentos de mulheres numa perspectiva mais ampla, inserindo-as no direito de cidadania.

Segundo Machado et al (2004) a mulher, durante sua vida, busca obter informações dentro de um universo de significados, interiorizados enquanto ser social. Assim, por meio de processos de socialização, mediados por tais significados, incorpora outros sentidos para compreender, interpretar e atuar nos diversos contextos e situações vivenciadas.

Vários outros autores observaram que no serviço público, no que se refere ao cuidado à saúde da mulher, limita-se ao ciclo gravídico-puerperal. Nesse contexto, a inserção dos programas de saúde pública em torno da saúde da mulher, levou os órgãos competentes a estipular que tal atenção devesse obedecer à integralidade, proporcionada por ações no plano clínico-ginecológica e educativo considerando, o controle do pré-natal, do parto e do puerpério, s estendendo às dimensões das diversas fases da vida da mulher, por meio da promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo Osis (1998), para se conseguir a atenção integral à saúde da mulher era necessário qualificar os profissionais e criar centros de referência, assim como estimular as pesquisas e estudos epidemiológicos na área da saúde da mulher.

Assim, a saúde da mulher deve ser considerada em sua totalidade, ultrapassando sua condição biológica de reprodutora, conferindo uma assistência multiprofissional de boa qualidade em que elas possam ser acolhidas, fazer

perguntas e obter respostas, serem respeitadas e reconhecidas como pessoas que têm necessidades, vontades e desejos.

1.4.1 Saúde e gravidez

Com os avanços da obstetrícia e da neonatologia foi reduzida a mortalidade materno- infantil, sobretudo nos países desenvolvidos. No que se refere aos países em desenvolvimento ainda ocorrem freqüentemente óbitos de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez e do parto.

Em 2005, Lopes et al. discutiram sobre a necessidade de preparar essas mulheres para a maternidade, com enfoque nas ações do pré-natal, buscando-se conhecer a história obstétrica anterior, bem como o desfecho de uma gravidez prévia. Nesse sentido, é de grande importância que os profissionais de saúde sejam sensibilizados sobre tal momento, na vida da mulher.

O sistema público de saúde oferece mensalmente as gestantes uma consulta pré-natal. O principal objetivo dessa assistência é acolher a mulher desde o início da gravidez - período de mudanças físicas e emocionais, que cada mulher vivencia de forma distinta. Um pré-natal de qualidade é capaz de identificar e valorizar os aspectos pessoais de cada gestante, de modo que ocorra a integração de suas particularidades com as ações oferecidas. A assistência pré-natal envolve procedimentos clínico-obstétricos; acesso à informação sobre a importância desse serviço preparo para o parto, cuidados no puerpério e com o recém-nascido. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Desta forma, o pré-natal é um conjunto de ações voltadas à mulher grávida e ao bebê, visando à manutenção da saúde e considerando seus aspectos bio-psico-sócio-culturais, seja pelo do diagnóstico de complicações seja por meio da vigilância à saúde, estabelecida entre a gestante e os profissionais envolvidos.

1.4.2 O pré-natal de alto risco

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução ocorre, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Porém, uma pequena parcela de gestantes apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável tanto para o feto como para elas próprias. Isso ocorre devido a algumas características específicas ou devido a algum agravamento. Esse grupo de gestantes é chamado grupo de "gravidez de alto risco" (BRASIL, 2000b).

Esta visão sobre o processo saúde-doença denominada Enfoque de Risco fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer. Essa diferença é estabelecida a partir da necessidade de cuidados. A identificação de indivíduos com alto risco faz com que a equipe de saúde disponha de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados à saúde, de maneira diferenciada.

As necessidades de saúde do grupo de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas. Ainda que alguns casos possam ser solucionados no nível primário de assistência, outros necessitarão do nível secundário e terciário, com equipe de saúde e tecnologia sofisticadas (BRASIL, 2005).

As normas de assistência ao pré-natal da gestação de alto risco vão diferir das demais seja em objetivos, conteúdos, número de consultas pré-natais e tipo de equipe que presta a assistência.

Assim, a equipe de saúde disponibiliza os instrumentos necessários ao processo de organização da assistência materna e perinatal, uniformizando conceitos e critérios para o atendimento da gestante de alto risco.

1.5 O município de Ribeirão Preto

O município de Ribeirão Preto localiza-se na região norte/nordeste do Estado de São Paulo, com uma população de 558.136 habitantes segundo o censo realizado pelo IBGE em 2007. É o município sede da DRS XIII que compreende quase 1.500.000 habitantes.

Possui uma extensa rede de serviços públicos de saúde com 35 unidades básicas e distritais de saúde, um ambulatório regional de especialidades, um centro de referência em DST/AIDS, cinco unidades de atendimento em saúde mental e 17 equipes do programa de saúde da família.

No que se refere à rede hospitalar, existem dois hospitais públicos, sendo um deles o hospital universitário de referência terciária – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) – e o outro para internações psiquiátricas. O município ainda dispõe de quatro hospitais filantrópicos e, dois hospitais privados esses conveniados com o Sistema Único de Saúde, além de inúmeros serviços de caráter ambulatorial. Existem ainda três hospitais privados sem o credenciamento do SUS. (RIBEIRÃO PRETO, 2004a).

Quanto ao atendimento dos portadores de HIV/AIDS, a rede está articulada nos três níveis de assistência, contando com ambulatórios municipais, laboratórios e o hospital de referência onde se realiza o atendimento às gestantes.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, Ribeirão Preto é a 7^a cidade brasileira entre as que têm maior incidência de número de casos acumulados de AIDS entre 1980 e 2004 e é o 17^o município com maior incidência em AIDS, embora haja ocorrido uma queda nessa taxa após um longo período em que ficou entre as cinco primeiras de maior incidência (BRASIL, 2004a).

Em 1986 foi registrado, no Ministério da Saúde, o primeiro caso de AIDS da região de Ribeirão Preto. O início da epidemia foi marcado pela predominância das categorias de exposição dos usuários de drogas injetáveis mantendo-se, assim, até 1997. Atualmente, a categoria de exposição que se sobressai é a sexual, com predomínio dos heterossexuais, notando-se uma crescente feminização da epidemia. Dos 1245 casos notificados, de adultos do sexo feminino, até outubro de 2004, 83% estão na faixa etária dos 15 aos 39 anos (RIBEIRÃO PRETO, 2004b), ou seja, em plena fase reprodutiva e caso ocorra à gravidez, aumenta-se o risco da transmissão vertical do HIV.

A sorologia anti-HIV foi institucionalizada pelo programa municipal de DST/AIDS no ano de 1996, a qual é oferecida às gestantes no início do pré-natal, em todas as unidades de saúde (NEVES, 2003). Em caso de resultado positivo, elas são encaminhadas ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP - USP), que é o centro de referência para esse atendimento. Assim sendo, nesse hospital, no Ambulatório de Moléstias Infecciosas em Ginecologia e Obstetrícia – AMIGO, é realizado não somente o pré-natal e parto como também seguimento de puerpério. Após o parto, as mulheres são orientadas da importância do seguimento, do uso da medicação anti-retroviral e do retorno do seu seguimento na rede básica.

Embora o HCFMRP-USP seja hospital de referência para atendimento de gestantes portadoras do HIV, eventualmente ocorre o parto de algumas delas em outros hospitais do município. Isso acontece, geralmente, quando a gestante não tem informação do resultado do teste anti-HIV. Nesse caso, o vírus é detectado via teste rápido e os procedimentos são implementados. (NEVES, 2005).

1.6 Saúde Reprodutiva

Sabe-se que, devido à subjetividade do termo, para definir com exatidão o termo saúde reprodutiva é mais fácil descrever as práticas sociais que se organizam torno desse termo. Para tal busca-se compreender seus determinantes e os sentidos que esta idéia assume para diferentes grupos, populações e períodos.

Pode-se afirmar que a idéia de Saúde está diretamente relacionada aos cuidados profissionais especializados. Considera-se também que os termos mulher, reprodução e sexo, em torno dos quais se articulam uma série de práticas sociais, não se referem a objetos fixos e constantes, cujos valores e significados são intrínsecos e imanentes.

A distinção entre saúde da mulher, saúde reprodutiva e saúde sexual não representa apenas uma referência que direciona à ação. Na medida em que estes conceitos não são objetos naturais, mas sim, culturalmente construídos e transformados, o significados de cada um deles relaciona-se com a conquista de autonomia das mulheres dentro da historicidade e marca o seu posicionamento ativo na construção dessa história.

A perspectiva da saúde integral da mulher a coloca em sua verdadeira posição dentro do processo de reproduzir a vida, em perfeito equilíbrio com seu parceiro, retomando assim, a linha de dignidade histórica da humanidade.

O conceito de saúde reprodutiva sucede a proposta de saúde integral da mulher e demonstra, no espaço das práticas de saúde, a idéia da reprodução como direito e não como dever. Posteriormente, a proposta de saúde sexual busca incluir o exercício livre da sexualidade como elemento fundamental da autonomia feminina. Nesse sentido, a idéia de saúde sexual engloba os conceitos anteriores, tanto quanto a demarcação de uma mudança de olhar quanto à perspectiva em relação às mulheres, como sujeitos físicos e sociais.

No Brasil, as questões relativas à saúde reprodutiva têm despertado interesses de pesquisadores, gestores e sociedade por se tratar de um tema relevante para o delineamento de políticas populacionais e para o desenvolvimento socioeconômico. Em 2001, 50,8% da população brasileira era composta por mulheres, e um total de 43.113.841 de mulheres estava em idade reprodutiva (entre 15 e 44 anos). (ALVES,2003)

A taxa de fecundidade total no Brasil tem mostrado um declínio acentuado desde a década de 1970, gerando um impacto direto na estrutura etária do país.

(ALVES,2003) A crescente participação no mercado de trabalho e uma maior utilização de métodos contraceptivos são os principais fatores intervenientes de mudanças no comportamento reprodutivo das mulheres que causam cada vez mais, a diminuição no número de filhos .

1.6.1 Direitos Reprodutivos - Trajetória Histórica

Durante os últimos séculos, a ordem dada às mulheres era focada em sua reprodução. Mas o sentido da ordem se inverte ao longo do século XX. A partir dos anos 50 passa a haver um enorme esforço no sentido de limitar o número de filhos por mulher, especialmente nos países pobres. (ALVES,2003a) Algumas políticas de saúde foram implantadas no sentido de desestimular a reprodução. Os interesses do Estado vão ao encontro da aspiração de muitas mulheres de poder contar com meios de regulação de fecundidade, em particular no momento de expressiva absorção da mão-de-obra feminina pelo mercado de trabalho. Assim, nos serviços de assistência às mulheres, ao lado de ações de assistência à gravidez, parto e puerpério, começa a haver distribuição de contraceptivos.

No Brasil e em muitos outros países, a proposta de atenção integral à saúde da mulher concretiza-se na prática pela incorporação da anticoncepção à atenção materno-infantil. O foco, entretanto, ainda é a reprodução. (KASS,1994)

A rápida disseminação dos programas de controle da fertilidade implementados nos países pobres e as altas taxas de mortes evitáveis causadas pelo descaso na oferta dos demais cuidados de saúde, além dos contraceptivos, instigam o movimento internacional pela saúde das mulheres na busca de novas propostas(PETCHESKY, 1999)

Neste contexto surge o conceito de saúde reprodutiva, apontando para o conjunto mínimo de condições que garantam à mulher que o ato de reproduzir, ou a escolha por não reproduzir, não se constituam em risco de vida ou em dano à sua saúde. A idéia de saúde reprodutiva busca romper com a idéia de reprodução como um dever, ou destino feminino, para situá-la como um direito. Entendida como um direito humano básico, a reprodução deve estar garantida pelos Estados e Governos.

Como nos períodos anteriores, os interesses distintos das mulheres e dos gestores políticos convergem para soluções muito próximas, já que existe, por parte

dos grandes gerentes internacionais, o interesse de integrá-las ainda mais aos processos de produção e consumo, inclusive de medicamentos.

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD, Cairo, 1994) constituiu um marco no processo de negociação entre movimentos organizados de mulheres, governos e financiadores. Precedida por um processo longo de discussões e articulações, a CIPD consagra a diretriz de que a saúde reprodutiva deve se referenciar nos princípios dos direitos humanos, de modo que a questão da reprodução não deve ser tomada isoladamente, mas no contexto de políticas de desenvolvimento (Nowrojec, 1994).

É impossível pensar em saúde reprodutiva sem o exercício dos Direitos Humanos. Neste sentido, a agenda para garantir a saúde reprodutiva das mulheres deveria incluir: respeito às decisões reprodutivas das mulheres, que implicam na disponibilidade de informações corretas e de boa qualidade a respeito das alternativas referentes à reprodução biológica: ter ou não filhos, quando, com quem, como evitá-los, ou criá-los; serviços que respeitem a decisão da mulher e que disponham dos recursos necessários para garantir a viabilização da sua escolha; estímulo à responsabilização dos homens pelos seus atos sexuais e a incorporação destes em atividades e ações que promovam a saúde reprodutiva.

Uma das grandes críticas aos acordos estabelecidos no Cairo é a ambigüidade com que foram tratadas as questões referentes à sexualidade e ao aborto. Em relação a esse último, ponto de tensão entre as feministas e quase todas as igrejas, a solução foi pela omissão do termo nos documentos finais oficiais da Conferência, embora a formulação sobre a “garantia da livre escolha da mulher a respeito de ter ou não ter filhos” implique na não condenação dos países que permitem a interrupção da gravidez e reenvie a questão do aborto para cada contexto nacional.(ALVES,2003a)

Com relação à sexualidade, inicialmente havia uma polêmica sobre a necessidade de uma referência explícita, pelo acréscimo do termo sexual, resultando na fórmula saúde reprodutiva e sexual. Outros apontavam que a idéia de saúde reprodutiva já englobava os processos patológicos relacionados ao exercício da sexualidade. De fato, o que estava em jogo era a possibilidade de o desfrute sexual ser assumido como um direito das mulheres, mesmo as que não querem reproduzir ou as que têm relações sexuais com outras mulheres. Esse fato leva a uma contraposição no que diz respeito a uma postura de subordinar a sexualidade à

reprodução e de medicalizar a atividade sexual normatizando o sexo com formulações sobre sexualidades “normais” e “patológicas”.

Em 1996 foi apresentada, pelo International Planned Parenthood Federation (IPPF), organismo de importância do cenário internacional, uma definição de saúde sexual. Por esse conceito busca-se uma autonomia da sexualidade em relação à reprodução e não se restringe a aspectos meramente higiênicos. Nessa formulação, saúde sexual é entendida como: capacidade de desfrutar e ter controle sobre a vida sexual e reprodutiva, de acordo com os limites éticos individuais; estar livre de constrangimentos como medo, vergonha, culpa, idéias falsas e preconceitos que inibam o desfrute da atividade sexual; estar livre de doenças, deficiências e desordens que impeçam o desfrute da vida sexual e o exercício das funções reprodutivas.

De acordo com o que foi descrito anteriormente, os conceitos e idéias sobre os fatos da vida, revelam sínteses entre necessidades e possibilidades sociais a cada momento histórico. Assim, as mudanças nos modos de formular o objeto das práticas em saúde da mulher refletem, simultaneamente, as novas necessidades de saúde geradas pela rápida transformação social e econômica que ocorre em todo o mundo, e também as mudanças que estas transformações propiciaram no papel social da mulher.

Colocar a autonomia sexual da mulher no centro das propostas de saúde reprodutiva é sem dúvida um avanço na conquista da cidadania das mulheres. Resta pensar como incorporar este avanço às práticas de saúde que, concretamente são implementadas nos serviços.

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho permitiu o levantamento de elementos importantes para compreensão das visões relacionadas à vivência da maternidade de gestantes soropositivas ao HIV e/ou doente de AIDS. Os resultados obtidos poderão subsidiar programas mais eficazes de acompanhamento precoce ao pré-natal, pois este representa um momento importante na construção da cidadania da gestante soropositiva para HIV, o que significa exercer o direito a informações e o acesso ao uso de anti-retrovirais, na prevenção da transmissão vertical.

A realização deste trabalho no Ambulatório de Moléstias Infecto Contagiosas em Ginecologia e Obstetrícia (AMIGO), do Hospital das Clínicas da FMRP pôde contribuir para que algumas medidas profiláticas complementares pudessem ser inseridas no pré-natal, em especial no momento da espera da paciente, para promover uma discussão sobre a reinfecção do HIV ou outros causadores de DSTs, como também o planejamento familiar. A promoção da educação em saúde é um momento em que a mulher pode expressar sua experiência de vida podendo buscar alternativas que visem à promoção e a mudança de hábitos, numa nova perspectiva com melhores condições de vida.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Criar elementos para a concepção de estratégias de orientação e manutenção da saúde e direitos reprodutivos para gestantes portadoras de HIV/AIDS.

2.2 Objetivos específicos:

- Identificar crenças e representações de gestantes HIV positivas sobre a gravidez, no contexto da saúde reprodutiva.
- Buscar um universo de referência para concepção de projetos de pesquisa e ação, subsidiários à atenção e acompanhamento da gravidez em mulheres com HIV/AIDS.
- Criar elementos para a concepção de estratégias de orientação e manutenção da saúde e direitos reprodutivos para gestantes portadoras de HIV/AIDS.

4. PARTICIPANTES E METODO

4.1 Questões Éticas

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pela Comissão de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

A coleta dos dados foi realizada depois de esclarecidas todas as informações sobre o objetivo, o procedimento da pesquisa e assinado o termo de consentimento (Apêndice A). O termo assegura o anonimato das informações pessoais, a participação voluntária bem como autoriza a divulgação dos dados relevantes à pesquisa. A participante foi informada também de que era livre para interromper a entrevista a qualquer momento, garantindo os preceitos éticos.

4.2. Participantes

Para a pesquisa foram entrevistadas 10 mulheres que deveriam estar em acompanhamento pré-natal no Ambulatório de Moléstias Infecto Contagiosas em Ginecologia e Obstetrícia (AMIGO), do Hospital das Clínicas da FMRP e residir Ribeirão Preto e região. Foi adotado como critério de exclusão as gestantes soropositivas ao HIV/AIDS que possuem a idade inferior a 18 anos e superior a 40 anos.

O número da amostra foi avaliado de acordo com a saturação dos temas propostos, a partir da análise de dados e das discussões efetuadas. O fechamento amostral por saturação é definido como “a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a representar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p. 17). Para isso, a análise dos dados é fundamental para que se possa perceber a integração dos dados com a teoria e os limites empíricos dos mesmos referentes a determinado assunto.

De acordo com Minayo (1994), na metodologia qualitativa de pesquisa, o número de participantes não tem a intenção de ser representativo do universo pesquisado, mas busca-se o aprofundamento e a abrangência da compreensão do objeto pesquisado.

Foi feito um contato inicial com as mulheres, visando explicar o objetivo do trabalho e havendo o interesse pela participação, foi então marcado um horário, mais adequado, para a realização da coleta de dados.

4.3. Local do Estudo

As entrevistas foram realizadas no Ambulatório de Moléstias Infecto Contagiosas em Ginecologia e Obstetrícia (AMIGO) do Hospital das Clínicas da FMRP, no período de abril a setembro de 2008. O local foi escolhido por ser referência para o atendimento de gestantes soropositivas na cidade de Ribeirão Preto e região.

Nesse serviço, as gestantes contam com uma equipe multidisciplinar de médicos ginecologistas e infectologistas, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos e assistentes sociais. O ambulatório tem o objetivo de garantir um atendimento especializado de melhor qualidade não somente durante a gravidez como também no puerpério, promovendo o acesso a procedimentos diagnósticos, medicamentos e tratamentos adequados para prevenção e diminuição das taxas de transmissão vertical.

4.4. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada durante o pré-natal dessas gestantes em dias diferentes. Essa entrevista se deu em dois níveis: na primeira etapa era estabelecido o *rapport* e feitas perguntas fechadas visando à caracterização sócio-demográfica das participantes; e na segunda etapa, foi realizada uma entrevista semi-estruturada cujos itens podem ser visualizados no apêndice B.

4.4.1. Entrevista semi-estruturada

Na segunda etapa da coleta, os dados foram obtidos com base em entrevista semi-estruturada, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Segundo Minayo (1994), mediante a entrevista podem ser obtidos dados que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões, informações que só podem ser conseguidas com a contribuição dos atores sociais envolvidos.

Nessa etapa, a participante era informada, mais uma vez, de que a entrevista seria gravada, e em seguida, o gravador era ligado para iniciar a conversa.

A entrevista buscou fazer um levantamento de informações sobre crenças e concepções a respeito das dificuldades de enfrentamento ao HIV/AIDS, em especial a questão da maternidade. A entrevista buscou realizar um levantamento de informações sobre crenças e concepções a respeito das dificuldades para o enfrentamento ao HIV/AIDS, em especial a questão da maternidade. Esse levantamento foi estruturado em três tópicos:

- I- Vivências sobre estar em período de gestação e viver com HIV/AIDS.
- II- Vivências sobre ser mulher e viver com HIV/AIDS;
- III- Vivências sobre estar em período de gestação, viver com HIV/AIDS e fazer o tratamento.

As entrevistas foram realizadas de acordo com os procedimentos de evocação/ enunciação/ verificação (FIGUEIREDO, 1998) visando diminuir os efeitos de indução e interferência do entrevistador, fazendo com que o participante apresente enunciados sobre o objetivo da pesquisa com base em conteúdos que ele próprio considera importantes para a entrevista.

Importante ressaltar, que a entrevista por si só, é uma “situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador” (MINAYO, 1994, p. 114).

No entanto, ainda de acordo com Minayo, (1994), o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, no caso da pesquisa qualitativa, não deve ser tomado como um risco comprometedor da objetividade, mas como uma condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva, contemplando aspectos afetivos, experiências, linguagem do senso comum sendo, assim, condição importante para o sucesso da pesquisa qualitativa.

O procedimento para a coleta de dados se desenvolveu em três etapas:

Evocação: Essa etapa teve por objetivo identificar, com conhecimentos prévios e da experiência dos participantes, os conteúdos de crenças e representações a respeito do tema sugerido. Foi solicitado às participantes, que pensassem por alguns instantes a respeito do tema abordado. Tal procedimento permitiu o livre pensamento sobre o objeto de estudo, possibilitando à participante, acesso aos conteúdos e representações mais importantes a respeito do assunto.

Enunciação: possibilitando a coleta de dados *in natura*. Nessa fase, foram entregues lápis e papel para a entrevistada, logo depois de terminado o tempo reservado à evocação. Foi pedido que a participante escrevesse, com as próprias palavras, o que de mais importante ela havia pensado durante a fase anterior. O entrevistador anotou as questões de acordo com a fala das participantes, em caso de dificuldades na escrita

Averiguação: representa a entrevista propriamente dita, gravada em fita cassete comum, para a análise posterior de dados. Partindo dos enunciados sobre os conteúdos evocados, a entrevista era complementada, verificando-se cada enunciação em particular. Nessa etapa, novos elementos ao elenco dos dados coletados puderam ser incorporados.

4.5 - Tratamento dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra (Apêndice C), e a análise dos dados foi realizada com base em etapas sucessivas, para a identificação de Categorias e Unidades Temáticas *ex post facto*.

A análise pela organização em categorias permitiu apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica, buscando a compreensão a partir do ponto de vista dos atores sociais, desvendando relações específicas do grupo em questão. (MINAYO, 1994).

O procedimento para a análise dos dados envolveu as seguintes etapas:

A. Leitura Inicial: Leituras em profundidade foram inicialmente realizadas, para cada uma das transcrições, com o objetivo de identificar alguns elementos de análise preliminares, associados aos tópicos tratados. Anotações sobre ocorrências relacionadas ao *setting*, *rapport*, interação, estado afetivo e disponibilidade da entrevistada, foram complementadas neste primeiro nível de análise.

B. Marcação: Subsidiados pela leitura inicial foram destacados, nas transcrições, alguns trechos relacionados diretamente com os temas abordados nas entrevistas. Essa etapa facilita identificar outros conteúdos, considerados importantes para complementar o estudo.

C. Corte: Os destaques foram retirados das transcrições e dispostos em protocolos de análise de conteúdos.

D. Junção: Os protocolos foram então dispostos, por participante, para a análise de conteúdo.

E. Notação: Os trechos destacados foram discutidos; e para cada trecho, observações marginais foram feitas, visando a incluí-los em Categorias Gerais e Categorias Temáticas a serem definidas. Além disso, essa etapa tem por objetivo a localização dos trechos na literatura e a contextualização da entrevista.

F. Segunda Junção (Síntese): As notações foram dispostas, por Categoria Geral, Subcategoria e Unidade Temática, procedendo-se uma síntese dos conteúdos assim identificados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foi processada a caracterização das participantes, complementada por informações obtidas nas entrevistas, com o objetivo de facilitar uma melhor compreensão sobre o modo de vida dessas mulheres. Segundo Facchini (1993) é necessário ter uma noção precisa do grupo do qual se fala e de como identificá-lo.

Em seguida, serão apresentadas e definidas as Categorias Gerais, Subcategorias e Unidades Temáticas, para posterior discussão dos dados.

5.1 Caracterizações das participantes

O quadro abaixo demonstra a caracterização sócio-demográfica das mulheres que participaram do estudo.

Quadro 1: Caracterização sócio-demográfica das participantes do estudo.

Part.	Idade	Escolaridade	Estado civil	Nº de filhos/ HIV+		Nº de gestação	Profissão ocupação	Tempo de diag HIV
1	26	Médio completo	Casada	4	Neg	5G 0A 4P	Esteticista	+ - 2 anos
2	33	Fundamental incompleto	Viúva	3	Neg	5G 1A 3P	Do lar	+ - 8 anos
3	32	Médio completo	Divorciada*	1	Neg	2G 0A 1P	Aux Adm.	+ - 10 anos
4	32	Fundamental incompleto	Solteira*	3	Neg	4G 0A 3P	Do lar	+ - 2 anos
5	22	Fundamental completo	Solteira*	1	Neg	2G 0A 1P	Do lar	+ - 5 anos
6	28	Médio incompleto	Solteira*	1	Neg	2G 0A 1P	Do lar	+ - 4 anos
7	40	Superior incompleto	Casada	1	Neg	2G 0A 1P	Artesã	+ - 12 anos
8	40	Fundamental incompleto	Casada	2	Neg	4G 1A 2P	Do lar	+ - 6 meses
9	22	Fundamental incompleto	Solteira*	1	Neg	2G 0A 1P	Do lar	+ - 1 ano
10	27	Médio completo	Solteira*	1	Neg	2G 0A 1P	Aux Limpeza	+ - 7 meses

* Possui companheiro atualmente

A amostra foi composta por mulheres, em sua maioria, com idade entre 20 e 30 anos (n=8), com tempo de diagnóstico para o HIV entre 1 e 5 anos (n=5). Apenas

duas participantes (8 e 10) tiveram o diagnóstico para o HIV na gestação do período do estudo.

Quanto à escolaridade, cinco mulheres estudaram até o ensino fundamental, sendo que quatro delas não o concluíram; uma participante apresentou ensino médio incompleto; três concluíram o ensino médio e uma não completou o ensino superior.

No que concerne ao estado civil, três participantes eram casadas, uma viúva, uma divorciada e cinco solteiras. Vale ressaltar que, apesar de referirem ao estado civil como solteiras ou divorciadas, essas participantes tinham um parceiro estável.

Com relação ao diagnóstico para o HIV dos filhos, todos eram soronegativos. Este dado chama a atenção para a importância do cuidado especializado durante o pré-natal com o objetivo de prevenir a transmissão vertical, ressaltando que todas as participantes, a partir do momento que souberam da soropositividade, seja na gravidez atual ou na anterior, foram encaminhadas para o AMIGO e estavam sendo seguidas por uma equipe multidisciplinar no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP).

No que se refere ao número de gestações, seis participantes estavam na segunda gestação, duas estavam na quarta e duas na quinta gravidez. Assim, o conhecimento do contágio por HIV não foi motivo de impedimento da gravidez para essas mulheres. Duas participantes sofreram abortos espontâneos anteriores à gravidez no período do estudo.

Como ocupação, seis participantes mantinham suas atividades como donas de casa, duas exerciam sua atividade profissional de forma autônoma (01 e 07), e outras duas participantes (03 e 10) tinham vínculo de trabalho assalariado.

Após o puerpério todas as participantes foram referenciadas e atendidas pelos ambulatórios que integram o Programa Municipal de DST/AIDS de Ribeirão Preto.

5.2 Análise e discussão das entrevistas

A análise de conteúdo permitiu a síntese em três Categorias Gerais: “**Estar em período de gestação e viver com HIV/AIDS**”, “**Ser mulher e viver com HIV/AIDS**”, e “**Estar em período de gestação, fazer o tratamento e viver com HIV/AIDS**”.

A primeira refere-se aos conteúdos relacionados com a *informação sobre a notícia da gravidez e estratégias de enfrentamento*; a segunda está ligada aos *aspectos do enfrentamento da doença, a identidade de gênero*; a terceira categoria relaciona-se com a *adesão e a vulnerabilidade ao tratamento durante o pré-natal*. Essas categorias gerais, por sua vez, se desdobraram em subcategorias e unidades temáticas, conforme os quadros 2, 3 e 4.

Para subsidiar a discussão, foram destacadas algumas locuções consideradas mais significativas, de acordo com a definição das categorias. Os quadros completos com todas as locuções da análise estão no Apêndice D.

Quadro 2: Definição das subcategorias e unidades temáticas, referentes à categoria geral: *Estar em período de gestação e viver com HIV/AIDS*.

ESTAR EM PERÍODO DE GESTAÇÃO E VIVER COM HIV/AIDS	
Subcategorias Temáticas	Unidades Temáticas
IMPACTO DA NOTÍCIA: Respostas afetivas, de valor e sentimentos associados à notícia da gravidez	1. <u>Introjeção do estigma</u> : percepção de formas preconcebidas sobre do convívio social, geralmente relacionado à segregação, exclusão ou impedimentos por ter HIV 2. <u>Manejo do afeto</u> : busca do equilíbrio e reorientação relacionada para integração.
ENFRENTAMENTO: Formas pelas quais a gestante lida com a notícia da gravidez	3. <u>Centrado na lógica</u> : elementos determinados pela racionalidade que envolvem o apoio técnico e operacional. 4. <u>Resposta afetiva</u> : refere-se a vivências que envolvem aspectos psicossociais ou apropriação subjetiva.

Quadro 3: Definição das subcategorias e unidades temáticas, referentes à categoria geral: *Ser mulher e viver com HIV/AIDS.*

SER MULHER E VIVER COM HIV/AIDS	
Subcategorias Temáticas	Unidades Temáticas
PAPÉIS DE GÊNERO: Atitudes e comportamentos que socialmente são esperados das mulheres	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Costumes</u>: regras e práticas que se observam na sociedade. 2. <u>Símbolo</u>: elementos que evocam representações múltiplas sobre as mulheres
IDENTIDADE: Conjunto de características próprias, pessoais nas quais se baseiam para serem reconhecidas. Consciência de si.	* A subcategoria identidade não foi desdobrada em unidades temáticas sendo analisada como uma subcategoria em particular.
ENFRENTAMENTO: Forma pelas quais a gestante lida com diagnóstico do HIV	<ol style="list-style-type: none"> 3. <u>Introjeção do estigma</u>: percepção de formas preconcebidas sobre o convívio social, geralmente relacionado à segregação, exclusão ou impedimentos por ter HIV 4. <u>Socialização</u>: Busca/ retomada do convívio social como elementos para o apoio ou evitar a discriminação 5. <u>Direito reprodutivo</u>: reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos para decidir de forma livre e responsável sobre o planejamento familiar

Quadro 4: Definição das subcategorias e unidades temáticas, referentes à categoria geral: *Estar em período de gestação, HIV/AIDS e Tratamento.*

ESTAR EM PERÍODO DE GESTAÇÃO, HIV/AIDS E TRATAMENTO	
Subcategorias Temáticas	Unidades Temáticas
SUBESTIMAÇÃO: Minimização de riscos e decorrências do convívio com o HIV	1. <u>Situação de vulnerabilidade</u> : Não percepção dos riscos da criança ser infectada durante a gestação, pelo parto ou por meio da amamentação.
ADESÃO: Afiliação às condições determinadas pelo protocolo de atendimento clínico.	<ol style="list-style-type: none"> 2. <u>Auto cuidado</u>: cuidados voltado para si mesma no enfrentamento do HIV durante a gestação. 3. <u>Cuidado com o bebe</u>: Cuidado e adesão para diminuição da probabilidade da criança ser infectada durante a gestação, pelo parto ou por meio da amamentação

5.3 Estar em período de gestação e viver com HIV/AIDS

Essa categoria geral apresenta conteúdos relacionados às **vivências da gestação e as estratégias** destas mulheres, para **o enfrentamento do diagnóstico da gravidez concomitante com a soropositividade ao HIV/AIDS**. Foi subdividida em duas subcategorias: ***Impacto da Notícia*** e ***Enfrentamento***.

Impacto da Notícia, refere-se às reações e aos sentimentos dessas mulheres associados a notícia da gravidez. Essa subcategoria é composta por duas unidades temáticas: *introjeção do estigma* e *manejo do afeto*:

5.3.1 – Introjeção do estigma

Considerando a subcategoria temática ***Impacto da Notícia***, a *Introjeção do Estigma* em particular, percebeu-se as dificuldades dessas mulheres para assimilar o diagnóstico da gravidez no curso de sua vivência da soropositividade para o HIV, recorrendo a algumas estratégias de ação como, por exemplo, o silêncio, o ocultamento ou a racionalização para assumir uma postura ativa diante da notícia da gravidez.

A participante 02 relata que guarda o diagnóstico para si por ter medo do preconceito. Sinaliza que o estigma da doença a faz manter o silêncio inicial sobre o fato de estar grávida e ser SOROPOSITIVA. Para ela, o HIV/AIDS a impede de buscar apoio na família e de ter uma gravidez tranqüila e, pois presente que será alvo de críticas e preconceitos.

“... é porque eu fico com medo de falar... você viu o fulano tá com HIV, não chega perto... ai credo é horrível. Então com aquilo ali eu me sinto mal... Me afeta aquilo. Porque eu sei que eu tenho. Ai eu fico quieta, não falo nada, nem mal ou bem... Eu falo: Ah, é verdade?! Coitado.” (Part. 02)

Não revelar sua condição de portadora é uma saída diante dos problemas emergentes da condição de ser soropositiva ao HIV. Entretanto, concordando com Tunala et al (2000), este silêncio sobre a infecção, além de impedir o compartilhamento com outras pessoas que poderiam ajudar, prejudica o tratamento, tanto pela dificuldade de ministrar medicamentos na presença dos outros, como por ter que explicar o não cumprimento de alguns procedimentos, como o da não amamentação.

A participante 04 diz que o compartilhamento do diagnóstico do HIV associado ao da gravidez seria uma condição para lidar com o impacto da notícia. Porém, ela só consegue esse compartilhamento com alguns membros da família como tentativa de manter uma gestação tranqüila, de cuidar-se e realizar o tratamento.

“Só que a parte do meu marido, os pais dele num sabe, né. Que eles moram em Minas. Então a gente não contou”
(Part. 04)

A preocupação de revelar o diagnóstico da infecção muitas vezes é auto-imposta pelo medo do portador de HIV/AIDS frente ao risco de sofrer preconceito e ser, assim, estigmatizado. Lent e Valle (2000) foram categóricos ao afirmar que grande parte dos indivíduos soropositivos esconde o fato de estarem infectados, mantendo a clandestinidade quanto à sua condição. Dessa forma, o portador tenta driblar o isolamento social ao qual poderia estar submetido, inevitavelmente, caso se declarasse soropositiva.

A participante 03, enfatiza a dificuldade inicial para lidar com o diagnóstico da gravidez, remetendo as cobranças sociais com relação à maternidade, em especial a questão da amamentação.

“Do leite também, né. E vai os outro fica perguntando por que que eu não dou de mamã... Eu falo que eu não tenho leite. (choro) Mas eles falam que eles conhecem a gente pelo peito, né.” (Part. 03)

Para Schultz (1972), o significado atribuído às vivências do outro não pode ser exatamente o mesmo que a própria pessoa dá ao interpretá-las. Na percepção dessas mulheres, os vizinhos, a família, a sociedade são elementos da situação que elas vivenciam, assim como elas são elementos deles. Isso não anula a história subjetiva de cada uma.

Destaca-se também o auto-estigma, que aparece como uma pena, um castigo, para aquele que agiu de forma imoral, ou melhor, agiu de forma a violar os valores vigentes. No relato a seguir, o entrevistado não se reconhece como alguém que não quebrou regras sociais, e questiona a razão de sua exclusão. “Ser soropositivo guarda, portanto, estreita relação com os valores morais vigentes na

nossa sociedade e orientam o comportamento das pessoas infectadas” (TELLES, 2008)

“É isolaram e deixaram eu no quarto ei acho que eu tava no 21 parece com uma moça e na hora que souberam já me mudaram e colocaram sozinha.”(Part.06)

Os recortes relatados indicam as diversas formas para lidar com o impacto do diagnóstico de gravidez. De modo geral, percebe-se uma dificuldade inicial para lidar quando diagnosticada a gestação associada ao contágio por HIV. Esses resultados apontam para um processo de superação desse impacto, por meio de busca de estratégias para enfrentamento mostrando, inicialmente, necessidades de informações e orientações sobre o tratamento.

5.3.2 – Manejo do afeto

Na unidade temática *Manejo do afeto* está agrupados os conteúdos que mostram a adaptação dessas mulheres à condição da gravidez. As gestantes procuram um equilíbrio buscando de uma reintegração como relata à participante 02.

“Eu já me acostumei porque... No começo eu não me acostumei não. Mas aí com o tempo eu fui me acostumando, a não entrar em depressão. Eu me acostumei, pra mim é normal.”(Part. 02)

D`Auria et al (2006) e Gonçalves (2007) ressaltaram que muitas mães portadoras de HIV/AIDS recorrem à religião e a sua fé para lidarem com sua ansiedade. Isso também foi constatado em algumas mães do presente estudo que através de rezas ou promessas manejam seus sentimentos em relação ao sentimento de ser mãe e ser soropositiva.

“Ser gestante... Já tive meus filhos, tudo...mas é claro que eu nunca imaginei, que isso poderia acontecer comigo, mas isso tudo é pra gloria do senhor. Isso aí é Deus está me provando e eu acredito que eu estou aceitando, com a gloria de deus e eu vou passar por essa prova, eu vou passar cantando o hino da vitoria.”(Part. 08)

Ao tentar superar o impacto inicial da noticia da gravidez, a gestante olha para si mesma na tentativa de lidar com questões que podem afetar a auto-estima, como as alterações corporais. Ela tem necessidade de priorizar o auto-cuidado, sobretudo

durante o pré-natal. Tais estratégias de enfrentamento serão discutidas na subcategoria a seguir..

A subcategoria **enfrentamento**, inserida na categoria geral **Ser mulher e viver com HIV/AIDS**, apresenta as formas pelas quais a gestante lida com a notícia da gravidez. Essa se desdobra em duas unidades temáticas: *centrado na lógica* valorizando a busca do apoio técnico como alternativa para ter uma gestação saudável, em que ações estão voltadas para elementos racionais para fazer frente às vicissitudes ser soropositiva e estar em período de gestação e *Resposta Afetiva*, envolvendo elementos psicossociais e a busca de uma apropriação subjetiva da gravidez vivendo com HIV/AIDS.

5.3.3 – Centrado na Lógica

A unidade temática *Centrado na Lógica* demonstra um movimento de algumas mulheres soropositivas para buscarem os serviços de saúde para auxílio nos cuidados consigo mesmas e com o feto.

As participantes 01, 04 e 07 relatam a iniciativa de buscar o apoio dos serviços de saúde para realização do pré-natal e as orientações médicas para assegurar uma gravidez saudável.

“Olha, no começo eu achei assim que poderia ser muito arriscado, né, porque além de você estar colocando em risco a vida, né, de uma criança, mas eu conversei muito assim com a médica então eu acho assim, se você seguir tem como... Essa gestação minha foi assim, né A gente decidimos tudo. Falei com a Dra. antes deu vir aqui. Fiz os exames. Comecei a fazer. Comecei a tomar a medicação.” (Part. 01)

“Mas como no ultrassom eu vejo uma criança tão....ativa, tão ja é uma criança um pouco acima do tamanho normal...as vezeseu acho que pode ser que nao esteja acontecendo nada, pode ser que aconteça .. mas as coisas passam muito rapido na minha cabeça e eu ja esqueço...eu fico pensam.” (Part. 07)

“ Então, porque que ele (o pai) falou que: E agora? E se nascer? Mas eu expliquei que num nasce porque ... o Dr. que é meu médico lá, falou tudo pra mim...Não tem ... a gente se cuidando não nasce assim...Mas ele (o pai) também é assim, tem mais idade, né. Fica com medo né. Por que meu outro filho também....mas ele não tem nada.” (Part. 04)

Tais depoimentos evidenciam uma busca por apoio médico na tentativa de fazer o pré-natal, o que poderia facilitar a adesão ao tratamento. Esta percepção estende-se à questão da prevenção da transmissão vertical do HIV, já que a realização do pré-natal em serviço especializado é percebida como uma das medidas mais eficientes. As participantes assinalam que a criança é susceptível a contaminação e que o pré-natal é uma forma de diminuir essa possibilidade.

5.3.4 – Resposta Afetiva

A unidade temática *Resposta Afetiva* identifica os aspectos vivências e subjetivos envolvendo os processos psicossociais do enfrentamento.

De acordo com essa perspectiva, a participante 01 relata uma tendência de apropriação subjetiva da gravidez demonstrando sentimentos integrados e atitudes positivas em relação à gestação atual.

“É assim uma gesta... essa é a melhor gestação que eu tenho... Não tive enjôo logo no começo, onde eu posso comer. Eu trabalho, eu não sinto nada, eu não tenho aquele sono, eu não tenho cansaço. Às vezes eu me esqueço até que eu estou grávida.... Não tenho problema nenhum. Não tem nada assim, nada, nem com medicamento, não tive nada de anormal.”
(Part. 01)

Para Souza e Barroso (1997), tomar decisão em saúde é um processo no qual o indivíduo atravessa uma série de estágios em que as interações com pessoas ou eventos em cada um desses estágios o influencia. É preciso estabelecer uma relação de confiança com as pessoas para que estas tenham alguma influência na tomada de decisão.

No entanto, as participantes 04 e 05 mostram sentimentos ambivalentes na tentativa de lidar com as próprias emoções no que se refere à gestação.

“Eu vou conversar né com o Dr. Luis, mas eu amamentei meu filho. Sem saber, mas ele não teve nada. Ele acompanhou aqui, né até um ano. Aí o médico deu alta. Foi uma alegria. Por isso que eu acho... mas também tem outras técnicas.” (Part. 04)

“... porque às vezes vejo muié amamentando, sabe, a gente sente vonta... Tem muié que pode amamentar e não dá (o peito), mas eu como não posso por causa do vírus, tenho essa vontade e não posso né... e a amamentação eu acho que é um carinho de mãe pra filho, né e eu já não posso ter esse carinho. E quem tem, às vezes alguma não quer dar né” (Part. 05)

A Participante 06 reforça esse sentimento ao expressar a frustração em não poder amamentar o seu filho. De acordo com Silva (1997) a identidade da mulher se abala sob o diagnóstico da AIDS e não amamentar se torna um dos fatos concretos de estar doente.

“Eu queria tanto ser mãe, dar mama, aí não pode dar mama. E tem muitas pessoas que não tem o problema. Então eu falei assim que tem que pensar, bom pra criança que uma parte não passa doença pra ela e outra que fala que o seio murcha então eu vou levando.” (Part. 06)

Percebe-se neste ponto da análise algumas formas de enfrentamento por parte das gestantes quando recebem a notícia da gestação concomitantes a soropositividade ao HIV/AIDS. No processo de aceitação da gravidez a equipe de saúde apresenta-se suporte às participantes, atuando desde o esclarecimento dos riscos da transmissão vertical e orientação do tratamento, até a criação de alternativas para planejamento familiar e alternativas para a amamentação.

De uma forma geral, observa-se que as mulheres soropositivas têm uma visão mais abrangente do fenômeno da gravidez, apesar de assimilarem as concepções clínicas, agindo a partir das regras estabelecidas pelos especialistas. Apesar de reconhecerem o poder médico e subordinarem-se à medicalização na tentativa de redução da transmissão vertical, elas possuem uma visão crítica a partir da sua própria experiência de vida. A Categoria Geral seguinte visa compreender melhor essa percepção.

5.4 Ser mulher e viver com HIV/AIDS

A categoria geral apresenta os conteúdos relacionados **às vivências e experiências dessas mulheres e as estratégias para o enfrentamento ao HIV/AIDS**. Essa foi subdividida em três subcategorias: ***Papéis de gênero, Identidade e Enfrentamento***.

A subcategoria **Papéis de gênero** refere-se às ações ou atitudes que são socialmente esperadas dessas mulheres. Essa subcategoria foi subdividida em duas unidades temáticas: *Costumes e Símbolos*.

5.4.1 - Costumes

A unidade temática *Costumes* apresenta os sentidos atribuídos às regras e práticas que se observam na sociedade.

O peso dos papéis de gênero sobre as mulheres tem sido descrito nas últimas duas décadas por diversos autores. Para Paiva (1998) a cultura sexual na qual as mulheres são socializadas é um dos fatores que dificultam conter a epidemia da AIDS. Essas mulheres através desses costumes continuam sem perceber os riscos que correm, principalmente, quando cumprem o papel que delas são esperados.

As participantes 01 e 09 apresentam conteúdos que vão além dessa concepção, ela apresenta uma adequação a esses costumes por meio do seu estilo de vida.

“Eu levo minha vida tranquila. Faço tudo, assim, que eu tenho que fazer. Não. É que nem eu te falei. Tenho uma vida muito assim. Eu não bebo, eu não fumo. Então pra mim é uma vida normal.” (Part. 01)

“Uai, pra mim não tem nada de importante, eu sei, eu to doente. O que tem de importante na doença. Pra mim nada... Eu nem sinto que estou doente, eu nem sinto nada, não tenho sintoma nada, entendeu” (Part. 09)

Observa-se que o papel que a mulher desempenha socialmente ocupa um ponto importante na concepção de símbolos, em especial o conceito de maternidade, como será analisado abaixo.

5.4.2 - Símbolo

Os *Símbolos* são elementos que evocam representações múltiplas sobre o feminino, neste caso, em especial, sobre a maternidade. Essa, no contexto da AIDS, pode trazer preocupações e sobrecargas psicológicas relacionadas aos símbolos que são formados pela sociedade: ser uma boa mãe e amamentar seu filho. A

importância da amamentação foi incorporada, sendo comum questionar a mãe de um recém-nascido se ele é amamentado. A cobrança social as coloca em situações constrangedoras e elas criam desculpas socialmente aceitas para justificar a não-amamentação.

As participantes 02 e 06 relatam que a experiência da impossibilidade de amamentar como penosa e emocionalmente desgastante.

“É porque elas quando nasce os bebês elas vão dar de mamá. E a gente não. Tem que dar de mamadeira pro nenê. E a vida fica horrível desse jeito. A gente se sente mais mulher. Mais protegida, protegendo o bebe. Agora a mamadeira... o NAN não é o mesmo tipo de leite da mãe, que é vitamina, tem sais minerais, tem um monte de coisa.” (Part. 02)

“Eu queria tanto ser mãe, dar mama, aí não pode dar mama. E tem muitas pessoas que não tem o problema. Então eu falei assim que tem que pensar, bom pra criança que uma parte não passa doença pra ela e outra que fala que o seio murcha então eu vou levando.” (Part. 06)

Knauth (1999) observou que as mulheres HIV positivo reconheciam os riscos da infecção pelo HIV em seus bebês pela amamentação, mas não estavam plenamente convencidas de que outro tipo de leite poderia garantir, tanto quanto o leite materno, a saúde dos filhos; as mães, em especial aquelas cujos filhos adoeceram, se questionavam sobre ter seguido a orientação médica de não amamentar. Para esse autor, é preciso considerar o significado da impossibilidade de amamentar para mulheres HIV positivo, visto que, devido às inúmeras campanhas de incentivo ao aleitamento materno, as mulheres acreditam ser esse o melhor alimento, especialmente para uma criança que nasce em situação de grande vulnerabilidade, como na AIDS.

De acordo com vários autores, a complexidade da maternidade pode exacerbar-se frente ao contexto de infecção pelo HIV/AIDS. Essa situação pode trazer importante impacto para a experiência da maternidade, especialmente quando essa se soma à condição de vulnerabilidade social e psicológica em que muitas mães portadoras do HIV/AIDS se encontram. Nesse sentido, seria importante que o profissional de saúde, atento às recomendações nacionais, subsidiasse a mulher

com argumentos relacionados à saúde, para que essas portadoras do HIV pudessem explicar o fato de não amamentar de maneira mais plausível.

Fica evidente a importância da identidade dessa mulher para lidar com essas questões sócio culturais. A subcategoria **Identidade** aborda as principais características vislumbradas pelas participantes e agrupa conteúdos referentes ao conjunto de características próprias da pessoa nas quais elas se baseiam para serem reconhecidas. É a consciência que elas têm de si.

5.4.3 - Identidade

O fato de uma mulher ser portadora do HIV exige o confronto com a própria feminilidade, com a sexualidade, com crenças e valores bem profundos. Esse processo não acontece em pouco tempo, já que atinge questões profundas de identidade e auto-imagem (Guimarães, 1998). Dentro dessa perspectiva, a gestação pode propiciar os instrumentos que faltava para a necessidade de busca de cuidados com a saúde.

A participante 03, aponta que, conseguiu refazer sua vida após o diagnóstico e reafirmar sua identidade.

“Eu casei de novo. Conteí pro meu marido a situação. Ele aceitou.” (Part. 03)

Já a participante 04, busca um estilo de vida mais saudável e, mesmo não tendo com problemas de saúde, faz o seguimento em posto de referencia, facilitando o auto-cuidado reafirmando assim sua identidade.

“É que eu lembro, é porque eu tenho que tomar os remédios, só. Mas fora isso, não me impede nada, de fazer nada... Você tem é que viver, né... De... Ficar pensando nisso agente até acaba morrendo mesmo!” (Part. 04)

A participante 07 relatou que apesar de ter assumindo a gestação, ainda sentia estigmatizada e insegura após a notícia da gravidez, principalmente em relação ao casamento.

“Poxa se eu entrar na menopausa aí eu não vou ter mesmo, nunca mais vou realizar. O que ele vai pensar de mim? Como é que vai ser? Eu sou cinco anos mais velha. Todas essas coisas entraram na minha cabeça...!”(Part. 07)

Para as mulheres, a AIDS afeta diretamente sua identidade social, pois é em torno de aspectos sociais e morais que a identidade da mulher com soropositiva é estabelecida. É por meio do sofrimento, surgido pelas restrições, que a AIDS se impõe entre as mulheres. Dessa forma, elas se tornam capazes de se reconhecerem umas às outras, aprendendo avaliar implicações de ter um filho doente sob o *status* de mãe: as sanções sociais às quais são submetidas pela não-amamentação; os conflitos desencadeados, pela doença, entre cônjuges e consangüíneos e, ainda, as dificuldades para contornar todas essas situações.

A subcategoria **Enfrentamento** apresenta as diferentes maneiras com que essas gestantes lidam com a soropositividade ao HIV. Ela foi desmembrada em três unidades temáticas: *Introjeção do Estigma, Socialização e Direito Reprodutivo*.

5.4.4 – Introjeção do estigma

A unidade temática *Introjeção do Estigma* relata como se percebe de formas preconcebidas a respeito de convívio social, geralmente relacionadas à segregação, à exclusão ou aos impedimentos relacionadas à discriminação. O preconceito e a discriminação, como exemplos vivos dessa introjeção tornam-se temas presentes na vida da mulher soropositiva, o que poderá interferir na forma como ela vivenciará a maternidade.

As participantes 02 e 05 deixam claro o medo de sofrer discriminação da sociedade devido ao diagnóstico.

“... horrível porque eu me sinto com preconceito da sociedade... que eu fico pensando mil besteiras se tratam você bem ou não” (Part. 02)

“Ah... vergonha de ficar comentando com os outros, dos outros ficarem falando por trás, o que a gente tem... porque sempre comentam, Né... Ah eu acho que é só né” (Part. 05)

As participantes 03 e 06 relatam seu medo de enfrentar as dificuldades dentro da própria família devido ao preconceito pela soropositividade e pelo desenvolvimento do quadro clínico da doença.

“Tem bastante preconceito né... E nem mesmo da minha família, quase ninguém sabe... Então...” (Part. 03)

“família de parente é tipo, na casa da minha tia... ai fulano morreu de isso, é que ela falava... ai que o intestino se decompôs, eu ia no banheiro...saía alguma coisa anormal eu colocava na cabeça.. ai é meu intestino.. ficava igual doida” (Part. 06)

Nesse caso, esta gestante relatou situações onde se sentia discriminada pelos próprios familiares, constituindo uma vivência explícita do preconceito. Esse fato foi responsável por um afastamento do convívio familiar, trazendo, desta forma, bastante sofrimento.

Diante da estigmatização, muitas pessoas com HIV/AIDS tendem a se afastar do convívio social, como forma de proteção. Tal preconceito, mesmo que velado, ainda vigora trazendo sérias conseqüências para as pessoas HIV soropositivas.

5.4.5 - Socialização

Segundo Lazar (1999) o processo de socialização da soropositividade depende da apreensão de uma série de fatores: informações, valores, crenças, regras e formas de envolvimento social.

Essas situações foram agrupadas na unidade temática *Socialização*, que aborda a identificação de contextos e vínculos favoráveis ou desfavoráveis à revelação do diagnóstico da soropositividade na tentativa de buscar apoio e/ou evitar a discriminação.

As participantes 01 e 04, relatam que, apesar de terem o vírus, adotam uma postura positiva frente à patologia. Elas se consideram saudáveis e procuram levar a vida sem que o HIV seja a principal questão de suas vidas.

“Eu levo uma vida normal. Eu trabalho. A gente sai, eu meu marido, meu filho, a gente se diverte, vai em todo lugar. Vai em barzinho. Eu não bebo assim, né. Mas eu gosto. Saio, vou em show. Não impede em nada.” (Part. 04)

“Eu levo minha vida tranquila. Faço tudo, assim, que eu tenho que fazer. Não. É que nem eu te falei. Tenho uma vida muito assim. Eu não bebo, eu não fumo. Então pra mim é uma vida normal” (Part. 01)

Já a participante 08 buscou a religião como uma maneira de socializar e buscar apoio na sociedade.

“Eu vou à igreja. E Deus me falou que eu não tenho nada. E se ele falou, eu não tenho, Entendeu”. (Part. 08)

Como afirma Athaniel (2006) a religião fornece suporte para alterar sua condição de portadora de um mal, que poderia ser erradicado pela fé. A crença na cura da enfermidade, por meio da fé religiosa, a deixa sem culpa para satisfazer seu desejo de ser mãe.

5.4.6 – Direito Reprodutivo

A saúde reprodutiva suscita questões polêmicas ao expor a gestação como momento para a detecção do HIV. Agindo dessa maneira, o Estado reconhece o direito e a decisão da mulher no que se refere à reprodução propiciando os suportes e os serviços necessários para sua concretização. Para que esse processo ocorra é necessário que a instituição de saúde se instrumente de forma adequada a serviço da mulher. A eleição do momento de intervenção clínica tal como vem acontecendo, não só reedita a histórica priorização da assistência pré-natal como é a finalidade primeira de beneficiar o recém-nascido (RUGGIERO & TAVARES, 2000).

Ao considerar as possibilidades reprodutivas para além do controle da epidemia do HIV/ AIDS, são reconhecidas as necessidades ligadas aos direitos subjetivos ou individuais (FRANÇA JR. & AYRES, 2003) das pessoas afetadas pelo HIV/AIDS. A demanda de controle da epidemia, mais especificamente de controle da transmissão vertical, é de responsabilidade social da saúde pública assumida no processo de trabalho dos serviços voltados à assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

A participante 01, apesar dos receios quanto à possibilidade da transmissão vertical, deseja ter o filho e busca apoio nos profissionais de saúde para realizar essa vontade.

“Ele (o marido) decidiu, a gente decidiu ter o filho. Conversei com a Dra.. Ela me deu outro método. Aí ele falou não, não foi assim que Deus deixou. Então é assim, é uma coisa, as vezes as pessoas não me entendem... Falei com a Dra.. antes deu vir aqui. Fiz os exames. Comecei a fazer. Comecei a tomar a medicação.” (Part. 01)

Apesar da ênfase no controle da transmissão vertical, as demais questões ligadas à saúde reprodutiva das pessoas vivendo com HIV/AIDS parecem relegadas a processos de trabalho fragmentados particulares de cada agente de saúde, em cada serviço e em cada local.

O tratamento, neste momento, aparece como uma das principais formas de garantir esse direito, sendo visto como uma alternativa que proporciona a essas mulheres a opção de constituir uma família.

A participante 07 diz, que apesar de suas dúvidas em relação à maternidade, conseguiu exercer sua vontade e decidiu engravidar.

“Ao mesmo tempo eu queria que isso acontecesse. É uma divisão, um lado meu dizia que sim, o outro dizia que não. “O lado que dizia não era mais forte...” (Part 07)

Ayres et al (1999), tratando de vulnerabilidade, aponta ênfase nos direitos humanos como fonte de critérios objetivos para avaliar situações individuais até situação global em face da epidemia da AIDS.

A categoria geral seguinte visa compreender melhor as formas que essas mulheres lidam com o **tratamento para o HIV, no período do pré-natal, como estratégia de diminuição de transmissão vertical.**

5.5 – Estar em período de gestação, HIV/AIDS e tratamento

A categoria geral apresenta os aspectos do tratamento do HIV durante o período do pré-natal. Ela foi subdividida em duas subcategorias temáticas: **Subestimação e Adesão.**

A subcategoria **Subestimação** aborda as representações associadas à minimização dos riscos e decorrências de convívio com o HIV e tem como unidade temática *o Situação de vulnerabilidade.*

5.5.1 – Situação de vulnerabilidade

Essa unidade temática apresenta os sentimentos de não-vulnerabilidade dessas mulheres em relação à possibilidade da criança ser infectada durante a gestação, pelo parto ou por meio da amamentação.

Essa perspectiva é constatada em estudos que mostram que a sobrevivência do paciente com AIDS aumentou significativamente após esse período, concomitante com a queda das taxas de internação e de mortalidade por AIDS no Brasil (MARINS et al, 2003; MATIDA e MARCOPITO, 2002)

A participante 04 apresenta em sua fala, conteúdos que demonstram sua percepção como portadora do HIV e que ainda não manifestou sintomas, relegando a existência do vírus para segundo plano.

“Alguma coisa, sei lá é que eles não entendem que eu não posso passar nada porque eu nunca fiquei doente nada, então...” (Part. 04)

Ela sabe que é portadora do vírus, mas evita em entrar em contato com esta realidade que além de ser dolorosa, impõe um novo direcionamento em sua vida.

A participante 08 apesar de fazer o tratamento, o desqualifica numa tentativa de minimizar a doença. Athaniel (2006) considera que o descrédito sobre estar com HIV, mas não transmiti-lo devido à ausência de sintomas contribui para o descaso com o tratamento.

“Mas pra mim é igual a uma vitamina, é uma vitamina pra mim. Graças a Deus eu estou engordando...entendeu... graças a deus eu estou engordando” (Part. 08)

A subcategoria **Adesão**, inserida na categoria geral **Tratamento, pré-natal e HIV/AIDS**, apresenta comportamentos, em direção a uma mudança no estilo de vida, que correspondem às recomendações da equipe de saúde. Ela foi subdividida em: *Auto cuidado e Cuidado com o bebê*.

5.5.2 – Auto cuidado

Essa unidade temática identifica uma adesão adequada aos medicamentos durante o pré-natal visando não somente a redução dos riscos de transmissão vertical, o uso do preservativo, a busca ativa de informações como

também a preservação da auto-imagem. Assim sendo é reforçada a necessidade do cuidado pessoal visando à manutenção da saúde e adesão ao tratamento. A questão da auto-responsabilidade é fundamental na condução do tratamento (CARDOSO; ARRUDA, 2001).

As participantes 01 e 04 relatam que, após do diagnóstico, começaram a se cuidar melhor e a se preocupar com a saúde. Dessa forma, enfatizam que a busca pelo tratamento ocorre independentemente da gravidez.

“...mesmo que eu parei com os medicamentos, eu continuei tendo seguimento médico. Então sempre tem as orientação dos médicos.” (Part. 01)

“Mas é bom assim sempre fazer um check up, né... É, eu faço, lá no centro de referência. Eu vou vir aqui fazer o pré-natal mas eu continuo lá, né” (Part. 04)

De acordo com tais recortes, fica evidente a importância da gestante cuidar-se melhor e fazer o tratamento corretamente. A doença passa a fazer parte da vida dessas mulheres que começam a conviver melhor com o HIV/AIDS, apresentando, assim, maior abertura para conversar sobre o tema e se apropriar do tratamento. Reconhecer que esse proporciona maior e melhor qualidade de sobrevivida intensifica o papel de cuidadora dessa mulher.

A Participante 06 faz seu acompanhamento e adere à medicação para evitar ao aumento da carga viral e assim ter uma melhor qualidade de vida. O autocuidado aparece, então, como forma de enfrentamento à doença, inclusive para que possam continuar desempenhando seus papéis, tanto domésticos, quanto profissionais (AGUIAR; SIMÕES-BARBOSA, 2006).

“pra falar a verdade eu comecei com a medicação e eu vou ter que tomar, e o medico passou e dá reação essas coisas, ai faço o exame, e se tiver que tomar eu tomo um só Mas se não se cuidar, né.” (Part06)

Associada à gestação, a adesão ao tratamento demonstra trazer medos, culpas, além de conflitos internos. Diante desse fato, as gestantes necessitam tomar decisões importantes quanto à ao tratamento para prevenção da transmissão do HIV para o bebê. Seguir corretamente o tratamento implica não somente em olhar para si

mesma, mas também no cuidado com seu filho lidando com questões que podem afetar o relacionamento dela com ele e será discutido na unidade temática abaixo.

5.5.3 – Cuidado com o bebê

A unidade temática *cuidado com o bebê* identifica as estratégias de adesão ao tratamento na tentativa de redução de transmissão do vírus para a criança, seja através da gestação, do parto ou da amamentação.

No que se refere à prevenção da transmissão materno-infantil do HIV no Brasil, a Coordenação Nacional de DST e AIDS preconiza o conhecimento para a crescente heterossexualização e, conseqüentemente, para a feminização da epidemia, que vitimiza mulheres predominantemente na idade fértil e colocando em risco seus bebês.

Diversos fatores de risco têm sido reconhecidos na transmissão vertical do HIV além da carga viral materna: o genótipo e o fenótipo virais; o estado clínico das gestantes; a presença de DST e outras co-infecções; o uso de drogas injetáveis; a prática sexual desprotegida; a ruptura prematura de membranas e a via de parto; a prematuridade e o baixo peso ao nascer e a amamentação ao seio.

Para a maioria das participantes, o principal motivo para a adesão ao tratamento é a redução do risco de transmissão do vírus para o feto. Elas seguem esse tratamento fazem por terem medo de transmissão do HIV para o filho fazendo a relação medicação/criança saudável.

“Porque se você num seguir o tratamento mais pra frente ela (filha) pode ter né. Então eu acho que seguindo o tratamento, seguindo as orientações do médicos não tem problema nenhum!” (Part. 01)

“Aí eu procuro tomar todos os remédios. Mesmo que não descem de manha cedo os remédios eu empurro... Por conta do nene. Senão eu não tomaria não” (Part. 02)

“É que é importante né. Importante pro nenê...” (Part 03)

“Então, o meu medo é o medo de passar e depois acabar sofrendo com a criança. Depois ele ficar sofrendo do mesmo jeito que eu. Por que por mais que eu tenha eu ainda vou ter que continuar ainda o tratamento. Dai criança com o HIV pra mim

seria um tumulto. . O resto da vida praticamente com essa doença pra mim é duro.... (Part. 09)

Verifica-se, por conseguinte, no contexto das práticas de adesão ao tratamento, esse adquire uma característica ambígua, pois é visto tanto como uma iniciativa de auto cuidado quanto de uma redução na ameaça de riscos para o bebê. A gravidez é percebida como uma fonte de motivação para a adesão das mulheres à profilaxia para prevenção da transmissão vertical.

As participantes 07 e 10 também aderem ao tratamento na busca de prevenção da transmissão vertical pois ambas possuem carga viral baixa e não precisariam tomar a medicação caso não estivessem grávidas.

“é que eu descobri agora nessa gravidez. E ai eu ja fui encaminhada pra ca e comecei a fazer ai aqui eles fizeram uns exames mais detalhados e falaram que se eu nao estivesse grávida eu nao precisar fazer o tratamento assim... tomar o coquetel, mas fazer o acompanhamento sim” (Part 10)

“coisa tambem que eu vou perguntar agora é o efeito dos remédios no nenem....eu estou tomando os remedios, estou fazendo o tratamento pra criança” (Part. 07)

Em síntese, para avançar além da profilaxia da transmissão vertical às mulheres soropositivas, os programas deveriam incorporar a sexualidade sob a perspectiva de gênero, de promoção de direitos humanos e como direitos sexuais e reprodutivos para que se possam subsidiar escolhas livres e conscientes nos âmbitos sexual e reprodutivo propiciando, assim, o acolhimento à mulher sobre os desejos e riscos implicados na opção da maternidade.

6. DISCUSSÃO

Os impasses e desafios trazidos pela rápida disseminação da infecção do HIV entre mulheres são, sem dúvida, de grande magnitude e complexidade, à qual a vulnerabilidade de gênero vem acompanhada da vulnerabilidade social agravando a saúde da mulher. Como Knauth(1999) afirma, a manutenção da atividade reprodutiva é uma importante estratégia utilizada pelas mulheres (...) acionada especialmente por aquelas em fase de consolidação de aliança e que buscam, através da maternidade, fortalecer essa relação. Ainda, as relações com a família também são reforçadas por meio da maternidade.

Assim, referidas normas e valores sociais, ao integrarem e nortearem os projetos de vida das pessoas com HIV/AIDS, podem ter precedência nas suas decisões reprodutivas, quando em confronto com ponderações acerca do risco da transmissão vertical

Descobrir “*sobre estar grávida e ser portadora do HIV*” traz mudanças psicológicas profundas à mulher. Este fato ocasiona uma grande expectativa com relação ao risco de transmissão vertical. O medo, a insegurança, as angústias e dúvidas são emoções por elas vivenciadas. Contudo, a intenção de ter filhos não se alterou substancialmente nas mulheres em consequência da infecção por HIV. Mulheres soropositivas precisam ter direitos reprodutivos e sexuais discutidos e respeitados em todos os serviços de atenção à saúde. A adesão ao medicamento e ao sexo seguro são importantes, mas difíceis, requerendo aconselhamento e apoio. São necessários serviços que promovam ambiente de apoio para essas mulheres e seus parceiros, propiciando às pessoas com HIV/AIDS condições de conhecer, discutir e realizar opções conscientes no que concerne às decisões reprodutivas e sua sexualidade.

A gestação concomitante ao HIV recoloca em pauta a necessidade de se repensar e transformar, no campo da assistência à saúde, os modelos conceituais e as práticas assistenciais, particularmente no que tange ao campo reprodutivo. Os profissionais de saúde demonstram como esses modelos são insuficientes, limitados e inadequados para lidarem com os múltiplos problemas que afetam as diversas dimensões da vida humana. Também percebemos quanto os serviços de saúde são impotentes para resolver graves e complexas situações sociais que fogem às suas

possibilidades de intervenção. Merece ser ressaltado, dessa forma, o esforço coletivo dessas categorias profissionais na área de saúde que se engajam de forma voluntária, comprometida e solidária, tentando apoiar essas gestantes HIV em suas necessidades mínimas para que elas possam beneficiar-se da intervenção clínica oferecida.

É notória a importância do acompanhamento precoce ao pré-natal, pois esse é um momento importante na construção da cidadania da gestante soropositiva para HIV, o que significa exercer o direito a informações e acesso ao uso de anti-retrovirais na prevenção da transmissão vertical.

A educação em saúde é um espaço que inclui uma sensibilidade aos impactos vividos por cada mulher. Ela busca alternativas que visam às medidas profiláticas de prevenção e reinfecção do vírus, à promoção e a mudança de hábitos, numa nova perspectiva com melhor qualidade de vida dos pacientes.

A idéia de cuidado segundo Ayres (2004) no seu sentido mais radical parece integrar a busca de êxito técnico por parte dos profissionais de saúde à realização dos sucessos práticos procurados pelos usuários. Mas integrar o êxito técnico, por meio da profilaxia da transmissão vertical do HIV, aos projetos de vida e reprodução das pessoas vivendo com HIV, depende de interações dialógicas que propiciem um efetivo encontro entre profissionais e usuários.

A assistência às mulheres grávidas soropositivas possibilita qualificar as informações, incluindo aconselhamento em DST/AIDS e estímulo ao exercício da sexualidade a essas mulheres, com o diagnóstico de soropositividade para HIV como fator relevante da saúde física e mental.

Entre o êxito técnico, que busca o controle da doença, e sucesso prático, pautado em concepções de não fracasso (Ayres, 1997) parece necessário criar possibilidades de compartilhamento entre esses horizontes.

A gravidez associada ao HIV demanda abordagens integrais à mulher soropositiva, não apenas como assistência centrada na prevenção transmissão vertical. Tanto a mulher gestante como as não gestantes, tornam-se objetos de intervenções e procedimentos técnicos.

No campo da experiência feminina, a infecção pelo HIV incide no cerne da identidade socialmente definida para as mulheres: a maternidade. Ter um filho nessa situação, como foi anteriormente assinalado implica em sentimentos contraditórios: por um lado, medo, desespero, culpa. A partir dos preconceitos existentes e da

imagem social do HIV/AIDS, ligada a comportamentos pouco aceitáveis, a infecção vem sendo percebida como um castigo (Figueiredo & Fioroni, 1997; Silva, 2002)

Por outro lado, a coragem, a determinação e a esperança. Os dados demonstraram, contudo, que a pobreza dessas gestantes agrava essa difícil experiência, exigindo dos profissionais suportes psicossociais adicionais que garantam, para além da prevenção da transmissão vertical, a sobrevivência social dessas mulheres e seus bebês.

Sabe-se que a maternidade se configura como elemento estruturante da identidade feminina e que a função reprodutiva faz da mulher um ser mais completo do que o homem. Supõe-se que as representações trazidas pelas mulheres HIV para o âmbito do seu tratamento clínico são construídas a partir do lugar que elas ocupam como mulheres na sociedade. Também o serviço de saúde utiliza suas próprias representações, pautadas nas ideologias médicas e de gênero, para re-significar o que é evidenciado pelas pacientes. As mulheres e os profissionais agem, reagem e interagem, entre si, numa relação a princípio assimétrica quanto ao conhecimento e poder exercido por tais profissionais.

Uma questão relevante a respeito desse estudo com mulheres vivendo com o HIV foi a necessidade de organizar o atendimento aos portadores de forma integral, para além do manejo clínico da infecção e seus sintomas, incorporando, por exemplo, a sua saúde reprodutiva e sua vida familiar

Verifica-se, então, que a gravidez e HIV, no contexto das práticas de saúde, adquirem características ambíguas. A gravidez é vista como ameaça que acarretará riscos para o bebê e a própria mulher, e que deve ser, portanto, evitada. Concomitantemente, ela é sentida como uma fonte de motivação para a adesão das mulheres à profilaxia de prevenção da transmissão vertical.

No Programa HIV/AIDS a transmissão vertical do HIV, vem responder às estratégias do setor saúde instituída dentro do Programa de pré-natal, mas desde o início desse, na rede básica de saúde, os objetivos tiveram como foco principal os benefícios para a criança. Com certeza no Programa DST/AIDS, a profilaxia da infecção em bebês é necessária e deve ser contemplada nas estratégias de controle à AIDS. Sabe-se que eleger a gravidez para a detecção do vírus para beneficiar mulheres significa reconhecer direitos reprodutivos e colocar-se a serviço delas, apoiando-as no enfrentamento da gravidez e da soropositividade.

No cenário da epidemia de HIV/AIDS a busca da questão da adesão ou não adesão das mulheres grávidas soropositivas em relação à medicação é recomendada. Muitas intervenções técnicas são trazidas para diminuir a transmissão vertical, reproduzindo o modelo de ação que tem caracterizado a relação do saber médico com o corpo feminino. Reduzir a transmissão vertical significa barrar concretamente a expansão da epidemia.

Portanto, a equipe trabalha no limite de uma situação que poderia ser radicalmente diferente caso houvesse decisão e investimentos políticos na área de saúde. Está claro que a falta de investimentos em saúde que integra o cenário político geral que vem reduzindo drasticamente os recursos destinados às políticas sociais e contribui para a falta de atendimento em saúde e o aprofundamento das desigualdades sociais.

Contudo a constatação de que a proposta conceitual e programática do sistema de saúde não está orientando a assistência à saúde reprodutiva das mulheres brasileiras e, particularmente a assistência à saúde das gestantes HIV. O investimento na prevenção da transmissão mãe-filho tem a intenção de intervir politicamente sobre os efeitos indesejáveis da reprodução: bebês contaminados pelo HIV tornam-se um problema econômico e político, o que deve ser evitado. A vulnerabilidade feminina ao HIV sendo um problema que poderia ser evitado ou minimizado através de programas educativos preventivos permanece no descaso. As mulheres contaminadas só se tornam alvo de atenção e preocupação sanitária se e quando engravidam.

Considerando a integralidade da assistência à saúde, no que se refere à saúde reprodutiva, esses serviços deveriam orientar um trabalho de equipe integrado, por meio de espaços coletivos, para a discussão, a troca e o aprendizado conjunto dos profissionais contribuindo para um trabalho efetivamente integrado e integral. Nessa perspectiva, várias questões difíceis e complexas são resolvidas individualmente. Essas poderiam ser compartilhadas, refletidas, amadurecidas e implementadas coletivamente o que certamente atenderia com maior eficácia as necessidades das pacientes e tornando o trabalho em saúde mais gratificante para todos os envolvidos.

Diante das distintas racionalidades expressas por profissionais e usuários dos serviços de saúde, em relação ao discurso sobre o risco da transmissão vertical, cabe uma contribuição no sentido de problematizar o modelo centrado apenas na

racionalidade técnica das práticas assistenciais. Nesse caso, considera-se não apenas as probabilidades de infecção do bebê e a profilaxia da transmissão vertical, mas também os desejos e contextos culturais que modelam as decisões reprodutivas das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

A postura dos profissionais possibilita mudanças efetivas nas práticas, no que concerne a uma assistência mais humanizada. Entretanto, é importante ressaltar que isto se deve pelo fato de tratar-se de uma instituição não só de assistência, mas também de ensino, na qual o saber, ao mesmo tempo em que é reproduzido, é transformado, numa relação dialética com o meio social no qual ele se insere. Essa instituição tem um histórico de militância na assistência a esta população, em parte, por ter sido uma das primeiras a atender pacientes com HIV/AIDS no Estado.

A condução, pelos serviços de pré-natal, de apoio educacional para os assuntos relacionados a gestação, contracepção, HIV, DST e proteção dupla pode ser uma maneira efetiva de apoiar mulheres HIV - positivas e suas famílias para praticar sexo seguro e enfrentar os conflitos de querer ter filhos e fazer escolhas consentidas e informadas (Santos, 2002)

Essas práticas assistenciais têm como horizonte a dimensão do cuidado, abrindo-se a interações dialógicas que promovem o encontro de profissionais e usuários, por meio da profilaxia da transmissão vertical do HIV ou o desestímulo à gravidez. Nesse sentido, o sucesso prático não deveria estar subjugado pelo êxito técnico, ou seja, pelo discurso do risco de transmissão vertical do HIV ou sobre a prescrição do preservativo não devem sobrepor às demandas reprodutivas, mas fazerem parte de um diálogo aberto. Devem ser considerados os projetos de vida e de felicidade dos envolvidos: o desafio da construção de formas mais solidárias, democráticas e emancipatórias das decisões reprodutivas.

Assim sendo, espera-se, com essa nova visão sobre interação dos profissionais e mulheres HIV positivas, ter cumprido com o objetivo de contribuir para uma prática assistencial mais dialética e integral. Acredita-se que os programas deveriam incorporar a sexualidade com uma perspectiva de gênero para poder avançar além da profilaxia da transmissão vertical. Esses deveriam subsidiar escolhas livres e conscientes no âmbito tanto sexual quanto reprodutivo, propiciando, assim, o acolhimento de cada mulher no serviço de saúde de forma adequada.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória da epidemia da AIDS evidencia claramente a vulnerabilidade da mulher apesar de todas as conquistas femininas do último século. Suas relações permanecem ligadas a questões de gênero principalmente no que diz respeito às questões conjugais, sexuais e sociais. A feminização da epidemia traz como consequência direta a transmissão vertical do HIV, que é a causa de infecção de 90% das crianças portadoras do vírus atualmente.

Com avanços da terapia medicamentosa juntamente com um pré natal efetivo a taxa de transmissão materno infantil reduziram consideravelmente. Porém, para alcançar estes resultados as mães têm que estar estimuladas a realizarem os procedimentos preconizados pelos profissionais de saúde.

Tais evidências podem fornecer subsídios importantes aos profissionais de saúde sobre a realidade vivenciada por gestantes e mães recentes e as dificuldades que enfrentam, nos primeiros meses com seu filho no contexto do HIV/AIDS. Mais do que isso, espera-se que estudos como este despertem o interesse de profissionais e pesquisadores da saúde para a necessidade de intervenções de caráter sistemático que contemplem a informação e orientação dessas mulheres, além do apoio emocional e o acompanhamento psicológico dessas famílias

Nesse sentido, os projetos de vida seriam contemplados e não estariam condicionados exclusivamente ao controle da doença. Os discursos sobre o risco da transmissão vertical do HIV ou sobre o uso adequado dos métodos de barreira poderiam nortear também as demandas reprodutivas propiciando um dialogo aberto aos projetos de vida e de felicidade das pessoas, na busca de formas mais solidárias, democráticas e emancipatórias na construção das decisões reprodutivas.

É necessário pensar como organizar o atendimento aos portadores de HIV/AIDS de forma integral, para além do manejo clínico da infecção e seus sintomas, incorporando, por exemplo, a sua saúde reprodutiva e sua vida familiar. Fazer grupos não somente com as gestantes mas organizar atendimentos para parceiros, fazendo aconselhamento em grupo sobre sexualidade e planejamento familiar e realizando estudos junto aos homens portadores do HIV e que fazem sexo com mulheres soronegativas e cujos resultados são importantes para discussão da saúde reprodutiva.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, J. M.; SIMÕES-BARBOSA, R. H. Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV: uma abordagem de gênero. **Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro.** v. 22, n. 10, p. 2115-2123, out. 2006.

ALVES, J.A. LINDGREN. **Os direitos humanos como tema global.** São Paulo, Perspectiva, 2003.

ALVES, J. E. D., CORRÊA, S. **Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10.** Revista Brasileira de Estudos de População, Campinas, v. 20, n. 2, jul./dez. 2003a.

ANDERSON, J. HIV and Reproduction. In: Anderson, J. **A guide to the clinical care of women with HIV.** Preliminary Edition, HRSA, 2000. p.211-69.

ATHANIEL, Marli A. S.; TAKAHASHI, Renata F.; NICHATA, Lúcia Y. I. **Significados e implicações de ser mãe no processo saúde-doença de mulheres com AIDS,** São Paulo, dissertação de mestrado, EERP – USP 2006

AYRES JRCM. **Sobre o risco. Para compreender a Epidemiologia.** São Paulo: Hucitec; 1997.

AYRES JRCM, et al **Vulnerabilidade e prevenção nos tempos da AIDS In:Barbosa RM, Barbosa R, Parker, organizadores Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder** SP. Ed 34 1999, p. 50-72

AYRES JRCM. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.** Interface Comum Saúde Educ.2004;8(14):73-92.

BARCELLOS NT. AIDS, a Mulher e a Gravidez. **J Febrago** 2001; 8(2): 10-1.

BIANCO, M. Maternidade e AIDS na Argentina: Desafios não resolvidos. **II Seminário sobre saúde reprodutiva em tempos de AIDS,** ABIA: Programa de Estudos e Pesquisa em Gênero, Sexualidade e saúde – IMS/UERJ, 1997

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico.** Ano XIII, nº. 4, Semana Epidemiológica 35/47. Brasília, setembro a novembro de 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Dhalia C, Barreira D, Castilho EA. A AIDS NO BRASIL: situação atual e tendências. **Boletim Epidemiológico jul/99 a jun./2000.** Brasília, 2000a

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/, 2000b.66p

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde, SP. **Boletim Epidemiológico** – Sistema de Informação de HIV soropositivo assintomático – C.R. T – DST/AIDS – C.V.E., 2001. p.10

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, DF; 2001A

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes 2002/2003.** Brasília (DF); 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Guia de tratamento: recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes.** 2ª ed., Brasília: MS, 2003a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes.** Brasília (DF); 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Coordenação Nacional DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS 2004;** Ano XVII N0 01, Jan. - Jun.; 2004. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDS. Boletim Epidemiológico** – Semanas epidemiológicas. Brasília, Ano XVI, nº1, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Dados epidemiológicos-AIDS. Bol Epidemiol. 2004d. 18: (1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico** Ano V n. 01 **jul/07 a jun./08.** Brasília, 2008

CARDOSO, G.P., ARRUDA, A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 151-162. 2001.

CEBALLOS A, PANDO M LA, LIBERATORE D, BIGLIONE M, CÁRDENAS PC, MARTÍNES M et al. Efficacy of strategies to reduce mother-to-child HIV-1 transmission in Argentina, 1993-2000. **J Acquir Immune Defic Syndr** 2002; 31:348-53

CNDST/AIDS (Coordenação Nacional de DST/AIDS), **Recomendações para a Profilaxia da Transmissão Materno-infantil e Terapia Anti-retroviral em Gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

D`AURIA JP, CHRISTIAM BJ E MILLES MS **Being there for my baby: Early responses of HIV- Infected mothers with HIV exposed infant** Journal of pediatric health care, 20, 11-18,(2006)

DATASUS. www.datasus.gov.br, on line. Acesso em 24/01/2005.

DUARTE G. Passado e presente da transmissão vertical do HIV-1 no Brasil. **J Febrasgo** 2001; 8(2): 8-9.

FACCHINI, L. A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, E.L., et al. **Isto é trabalho de gente?** São Paulo: Vozes, p. 33-55. 1993.

FIGUEIREDO, M. A. C. & FIORONI, L. N. **Uma análise de conteúdo de crenças relacionadas com a AIDS entre participantes em ONGs**. Estudos de Psicologia (Natal), 2 (1), 28-41 1997.

FIGUEIREDO, M. A. C. Escalas afetivo-cognitivas de atitude. Construção, validação e interpretação dos resultados. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z.M.M. **Diálogos metodológicos sobre prática da pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p. 51-70.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro**. v. 24, n. 1, p. 17-27, jan, 2008.

FRANÇA Jr., I. & AYRES, J. R. C. M.,. Saúde pública e direitos humanos. In: **Bioética e Saúde Pública** (P. A. C. Fortes & E. L. C. P. Zoboli, org.), pp. 63- 69, São Paulo: Edições Loyola. 2003

GARCIA, SO. **Saúde mental para gestantes HIV/AIDS Um trabalho em gestação**. Informações no 4 Seminário Estadual da Prevenção da Transmissão Vertical – HIV/SIFILIS/HEPATITE, 19 a 21 de agosto de 2005, Florianópolis – SC , CD ROM

GUIMARÃES, C.D. O comunicante, a comunicada: a transmissão sexual do HIV. In: PAIVA, V. (Org.). **Em tempos de AIDS**. São Paulo: Summus Editorial, 1992. p.147-57.

GONÇALVES, TR, **experiência da maternidade no contexto do HIV/AIDS aos três meses de vida do bebê**, Unplushed masther thesis, Programa de Pós graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, rio grande de Sul, Brasil 2007

HENRION, R.; MANDELBROT, L.; FIRTION, G.; CREUMIEUX, N.; HENRIONGEANT, E. HIV seropositivity and desire for children. **Contracept Fertil Sex**, 21:217-21, 1993

INSTITUTO PROMUNDO. **Reflexões sobre crianças e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro; 2004.** [on line]. [acesso em 03 jun. 2005]. Disponível em: URL: <http://www.promundo.org.br/materia/Relatorio%20Criança%20e%20AIDS%20FINAL.doc>

KASS, N.E. Policy, ethics, and reproductive choice: Pregnancy and childbearing among HIV-infected women. **Acta Paediatr**, 400(Suppl):95-8, 1994.

KLINE A, STRICKLER J, KEMPF J. Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women. **Soc Sci Med** 1995; 40:1539-47.

KNAUTH DR. Subjetividade feminina e soropositividade. In: Barbosa RM e Parker R. Orgs. **Sexualidades pelo avesso. Direitos, identidades e poder.** São Paulo: Editora 34 Ltda.; 1999. 272p

KUHN L, STEKETEE RW, WEEDON J, ABRAMS EJ, LAMBERT G et al. Distinct risk factors for intrauterine and intrapartum human immunodeficiency virus transmission and consequences for disease progression in infected children. Perinatal AIDS Collaborative Transmission Study. **J Infect Dis** 1999; 179:52-8

LAGO, T.G. Opções contraceptivas em tempos de AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996. p.191-203

LANGER A, NIGENDA G. **Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en America Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades.** Population Council/Banco Interamericano de Desarrollo; 2000. 81p.

LAZAR J **Mídia e aprendizagem, pp. 91-108. In *Mediatamente! Televisão, cultura e educação.*** Ministério da Educação, SEED, Brasília. 1999.

LENT C, VALLE A. **AIDS: sujeito e comunidade.** São Paulo: IDAC; 2000.

LOPES, R. C. S.; DONELLI, T. S.; LIMA, C. M.; PICCININI, C. A. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Revista psicologia reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 18 n. 2, p. 247-254, 2005.

MACHADO, A. R. M.; NAKANO, A. M. S.; ALMEIDA, A. M.; MAMEDE, M. V. O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n.2, p. 183-187, 2004.

MARINS J.R.P; JAMAL L.F; CHEN S.Y; BARROS M.B; HUDES E.S; BARBOSA JÚNIOR A.E; CHEQUER P.; TEIXEIRA P.R; HEARST N. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. **AIDS**; 17(11):1675-82, jul 2003.

MATIDA, L.H; MARCOPITO, L.F. Aumento do tempo de sobrevivência das crianças com AIDS – Brasil. CNDST/AIDS. **Boletim Epidemiológico**, ano XV número 02, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Assistência pré-natal**, manual técnico. Brasília, 2000.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1994. 269p.

NEVES, F.R.A.L. **O aconselhamento para realização da sorologia anti-HIV em gestantes: factibilidades e utopias.** Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP; Ribeirão Preto, 2003.

NEVES, Lis Aparecida de Souza. Prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS: compreendendo as crenças e percepções das mães soropositivas. Ribeirão Preto, 2005

NOWROJEC, Sai. *População e direitos reprodutivos.* Perspectivas Feministas do SUL. REDE DAWN MUDAR. Rio de Janeiro. 1994.

OSIS, M. J. M. D. Pasm: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de saúde pública.** Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 25-32, 1998.

PAIVA V, BUGAMELLI L, LEME B, VENTURA-FELIPE E, TUNALA L, SANTOS N. **SIDA, vulnerabilidad y condicionantes de género.** In: Gómez A, ed., *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un enfoque desde los derechos humanos.* Cuadernos Mujer Salud/3. Chile: RSMLAC; 1998. p. 34-38.

PARADA, C. M. L.; PACKER, C. Compreendendo o significado da gravidez para mulheres com pré-eclâmpsia. **Revista Nursing,** São Paulo, ano 8, n. 99, p. 967-972, 2006.

PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In BARBOSA e PARKER (org) *Sexualidades pelo Averso.* IMS/UERJ. Editora 34. São Paulo. 1999.

PIMENTA, M. C. Estratégias de Prevenção entre Mulheres. In: SEMINÁRIO DE COOPERAÇÃO BRASIL – FRANÇA, 1997, **Anais...** 1979. p. 80

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão 2003.** Ribeirão Preto, 2004a.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Dados estatísticos. On line: www.ribeiraopreto.saude.sp.gov.br/estatisticas. 2004b .

ROSSI AS, FONSEQUI-CARVASAN GA, MACKUCH MY, AMARAL E, BAHAMONDES L. Factors associated with reproductive options in HIV-infected women. **Contraception** 2005; 71:45-50

RUGGIERO, E. M. S.; TAVARES, M. S. G. **Gestante portadora do vírus HIV: vida e significado.** Ribeirão Preto, (Tese - Doutorado – Universidade de São Paulo). 2000.

RUTSTEIN RM. Prevention of perinatal HIV infection. **Curr Opin Pediatr** 2001; 13:408-16. [Medline]

SANTOS, NJS; Buchalla, CM; et al **Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade,** Revista de Saúde Publica 2002;36(4 Supl):12-23

SANTOS NJS, TAYRA A, SILVA SR, BUCHALLA CM, LAURENTI R. A AIDS no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev. Bras Epidemiol** 2002a; 5:286-310

SANTOS NJS, BUCHALLA CM, FILLIPE EV, BUGAMELLI L, GARCIA S, PAIVA V. Mulheres HIV positivas reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Pública** 2002b; 36(4supl): 12-23.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Programa Estadual de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico CRT de AIDS ano XXVI n° 1**. São Paulo, Dezembro 2009.

SAYD, Jane Dutra. *Mediar, medicar, remediar – Aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. EDUERJ. Rio de Janeiro. 1998.

SHAFFER N, Chuachoowong R, Mock PA, Bhadrakom C, et. al on behalf of the Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. *Lancet*. 1999; 353: 773-80

SCHÜLTZ A. **Fenomenologia del mundo social. Introducción a la sociologia comprensiva**. Buenos Aires: Paidós; 1972

SIBAILLY TS, EKPINI E, BONI-OUATTARA E, NKENGASONG J, MAURICE C, KOUASSI MK, ROELS TH, GREENBERG AE, WIKTOR, SV. **Clinical course of HIV infection and surveillance for zidovudine resistance among HIV-infected women receiving short-course zidovudine therapy in Abidjan**. Côte d'Ivoire. In: Proceedings of the XIII International of AIDS Conference; 2000 July 9-14; South Africa. Available from: www.crt.saúde.sp.gov.br/down.Consensogestante2004.doc, 2005

SILVA IA. **Amamentar: uma questão de assumir riscos e benefícios**. São Paulo: Robe; 1997.

SILVA NEK, OLIVEIRA LA, FIGUEIREDO WS, LANDRONI MAS, WALDMAN CCS. **Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/AIDS**. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(4 Supl): 108-116.

SOUZA L.J.E.X.; BARROSO M.G.T. Ninguém quer perder um filho: reações dos familiares observadas pela enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**; 50(4): 477-84, out-dez 1997.

SOUZA JUNIOR, P.R.B.; SZWARCOWALD, C.L.; BARBOSA JUNIOR, A. *et al*. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. **Rev. Saúde Pública**, vol.38, no.6, p.764-772, dez. 2004.

SZWARCOWALD CL, BASTOS FI, ESTEVES MA E ANDRADE CLT. A Disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período 1987-1996: uma análise espacial. **Cad Saúde Pública** 2000; 16(supl.1): 7-19.

TELLES, TCB, BLOCK LC, ET AL. **Diferentes estigmas em diferentes doenças**. Universidade de Fortaleza, 2008

TUNALA, L.; PAIVA, V. et al. **Fatores psicossociais que dificultam a adesão de mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde.** In: TEIXEIRA, P.R. et al. **Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo.** São Paulo, NepAIDS, 2000.

UNAIDS. Focus: AIDS and orphans. [on line] In: **Report on the global HIV/AIDS epidemic 2002.** [acesso em 19 set 2002]. Disponível em: URL: http://www.unAIDS.org/barcelona/presskit/barcelona%20report/focus_orphans.html

UNAIDS. [on line] In: **Report on the global HIV/AIDS epidemic 2007.** Disponível em: URL: <http://www.unAIDS.org/en/default.asp>

VILLELA W. Por uma perspectiva feminista frente à epidemia da AIDS entre as mulheres. **J Febrasgo** 2001; 8:12-3

APÉNDICE

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Luciana Trindade Valente de Carneiro, RG: M – 7 255080 SSP - MG, aluna de Pós Graduação em Psicologia, vinculada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP, estou realizando uma pesquisa intitulada: “**Representações sociais de mulheres sobre a vivência da maternidade e soropositividade ao vírus HIV**”. O pesquisador responsável pela orientação deste trabalho é o **Prof. Dr. Marco Antonio de Castro Figueiredo**, vinculado também a FFCLRP-USP.

Esta pesquisa tem como objetivo geral identificar representações relacionadas à vivência da maternidade de gestantes soropositivas ao HIV e/ou doente de AIDS. Para o estudo necessito de sua cooperação através da participação em uma entrevista individual, sendo que você deve estar ciente de que:

- A) Sua participação é voluntária e uma recusa ou desistência não implicará em qualquer tipo de prejuízo em seu atendimento pré-natal no Ambulatório de Moléstias Infecto Contagiosas em Ginecologia e Obstetrícia (AMIGO)
- B) As informações que você fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, mas sua identidade será sempre preservada;
- C) Caso aceite, você será solicitado a participar, em uma sala reservada, de uma entrevista individual que, mediante sua permissão, será gravada e posteriormente transcrita para análise;
- D) Você é livre para desistir da participação no trabalho em qualquer momento;
- E) Não existe nenhum risco em participar deste estudo;

Consentimento

Considerando as questões acima:

Eu, _____,
tendo tomado conhecimento dos objetivos deste trabalho e concordando com a
participação neste estudo, eu abaixo assinado autorizo a utilização das informações
por mim concedidas na realização deste estudo:

Ribeirão Preto, ___ de _____ de 2007.

Participante

Luciana Trindade Valente de Carneiro

Pesquisadora responsável

Prof. Dr Marco Antônio de Castro Figueiredo

Orientador

Pesquisadora Responsável:

Luciana Trindade Valente de Carneiro – Aluna de Pós Graduação

Prof. Dr Marco Antônio de Castro Figueiredo– Orientador

Endereço: Av. dos Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre

Ribeirão Preto- SP – CEP 14040-901

Telefones: (16) 6023783 / 6023726

Apêndice B

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA:

- a. Data de Nascimento,
- b. Endereço,
- c. Escolaridade,
- d. Estado civil,
- e. Número de dependentes,
- f. Número de Gestação/ Parto/ abortamentos,
- g. Profissão/ Ocupação,
- h. Tempo de diagnóstico de soropositividade ao HIV.

Apêndice C

TRANSCRIÇÃO NA INTEGRA DAS ENTREVISTAS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

(Participante 1)

Dados de Prontuário

- Nome (iniciais): SAC
- Data de Nascimento: 10/03/1982
- Escolaridade: Ensino médio Completo
- Estado civil: Casada
- Número de dependentes: 4 filhos
- Soropositividade dos dependentes todos são soronegativos
- Numero de gestações e partos: 5G 0A 4P
- Profissão/Ocupação: Esteticista
- Tempo de diagnóstico da soropositividade ao HIV: + ou – 2 anos

- Como que você veio fazer o pré-natal aqui no amigo.

Estava fazendo pré-natal no postinho (Santa cruz) que encaminhou para o ambulatório. Faz seguimento na UETDI.

- Como você esta sentindo (Alguma intercorrências) vem sendo o pré-natal?

Muito bem. Não sente nada de anormal. Acha que vai ser um menino. Está com 20 semanas de gravidez.

Entrevista

Evocação: “Antes de começarmos a entrevista, gostaria que você pensasse um pouco, em silêncio, sobre o que iremos conversar, ou seja, sobre:

Ser mulher e ter o HIV/

Ser gestante e ter o HIV/

Ser gestante e fazer o Tratamento.

Quando terminar me avise e assim começaremos. Tudo bem?””.

Enunciação: “Agora gostaria que você escrevesse, com suas próprias palavras, o que de mais importante você pensou sobre o que eu te pedi anteriormente. Escreva da forma que considerar melhor, ou seja, por extenso, por tópicos ou de qualquer outra forma, sintá-se a vontade quanto à escrita.”

Averiguação “Agora iremos conversar sobre o que você escreveu. Conforme combinamos, esta parte da conversa será gravada para que eu não esqueça nenhum detalhe importante do que você me disser. Caso haja alguma parte que você não queira que eu grave me avise pois, eu interrompo a gravação e só retorno a gravar quando você me autorizar. Se você concordar, quando a sua fala não estiver sendo gravada, eu gostaria de fazer algumas anotações e te mostro depois o que foi escrito para ver se você concorda. Vamos começar?”

Podemos conversar

- SER MULHER e TER HIV.

Conhece várias pessoas (no início foi difícil) . É evangélica. Não vê diferença entre ela e outras mulheres.

- SER GESTANTE e TER HIV .

Arriscado (medo de passar para o bebe. É a melhor gestação (recebe bastante cuidado pela equipe de saúde)

- SER GESTANTE e FAZER O TRATAMENTO.

Toma a medicação como forma de proteção ao bebe e não sua própria saúde

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Pesquisadora: No início você falou que foi difícil, né.

SAC: Foi, porque a gente nunca espera, né uma notícia dessa, uma coisa assim. Então pra mim foi muito difícil no começo. Mas depois com os médicos que conversaram comigo. Eu tive orientações, até assim mesmo né, devido a minha religião, essas coisas. Então pra mim depois foi uma vida normal. Não, às vezes eu converso com pessoas assim que eu tenho que explicar, ai ela fala assim: ah você não pode pensar assim...que isso não existe. Pra mim é como se não tivesse.

Pesquisadora: Aham...

SAC: Como se eu não tivesse nada. Eu nunca tive nada assim. Tenho meu sistema, assim, muito bom. Não fico resfriada. Então eu levo a minha vida normal. Eu acho é que muito as pessoas elas acabam se entregando

Pesquisadora: Aham

SAC: Aí eu acho que é aonde... Eu não, eu levo minha vida normal, eu casei de novo. Conteí pro meu marido a situação. Ele aceitou. Ai quando ele decidiu, a gente decidiu ter o filho a Dra. Conversei com a Dra. Ela me deu outro método ai ele falou não, Não foi assim que Deus deixou, então é assim, é uma coisa, às vezes as pessoas não me entendem, mas é uma coisa mesmo assim de Deus então.

Pesquisadora: Aham

SAC: Eu levo minha vida tranqüila. Faço tudo, assim, que eu tenho que fazer. Não. É que nem eu te falei, tenho uma vida muito assim. Eu não bebo, eu não fumo. Então pra mim é uma vida normal.

Pesquisadora: Aham

SAC: Não..Não me acho uma mulher diferente das outras. De forma alguma.

Pesquisadora: Aham

SAC: E nem assim fico deprimida, não, minha vida é maravilhosa.

Pesquisadora: Entendi

SAC: Eu tenho a minha filha, minha filha não teve nada.

Pesquisadora: Você seguiu, você fez o tratamento.

SAC: Segui, fiz o tratamento eu acho assim como o tratamento de qualquer uma outra doença normal, ai o médico mesmo ainda me falou que ela tinha que ter uma preparação na hora do parto. Ela não teve preparação nenhuma. Não deu tempo. Ela nasceu numa sala, uma sala que não era nem a sala de parto. E não teve absolutamente nada. E nunca me preocupei com os resultados de exame dela

assim. E sabe, ela sempre foi uma criança. Nunca passei nada disso pra ela, nenhuma preocupação. Pra mim é como se não existisse.

Pesquisadora: Aham

SAC: Mas não que eu vou me descuidar. Venho nos médicos, tudo, tudo que eles me mandam fazer eu faço. Da forma deles, tudo. Mas não. Como se fosse uma...Um exame de rotina, um médico de rotina.

Pesquisadora: Entendi. E como você acha, né ser gestante e ter o HIV.

SAC: Olha no começo eu achei assim que poderia ser muito arriscado né porque além de você estar colocando em risco a vida né de uma criança mas eu conversei muito assim com a médica então eu acho assim, se você seguir tem como.

Pesquisadora Aham

SAC: Tem como evitar. Se você fizer tudo aquilo que tá direitinho evita muita coisas. Tanto é que minha filha ela não tem absolutamente nada.

Pesquisadora: E você seguiu.

SAC: Segui todo o tratamento da forma que o médico mandou, tudo. Tomava os medicamentos. Naquela época dela a dosagem dos medicamentos era mais alta. Hoje já é bem menor. Então. E eu nunca precisei tomar remédio nenhum. Sempre fui contra esse negócio de medicar. Pra mim foi difícil, mas não a doença era o medicamento pra mim tomar.

Pesquisadora: Aham

SAC: Coisa minha mesmo. Mas mesmo assim tomei, me esforcei, tudo ai depois que ela nasceu não precisei mais de medicamento. Ela precisou tomar o medicamento. Dei direitinho. Da forma que o médico mandou. Trazia nas consultas, então não teve problema nenhum. Eu acho que desde quando você segue, você obedece.

Pesquisadora E esse nenê? Fala um pouquinho mais dessa gestação sua.

SAC: Essa gestação minha foi assim, né A gente decidimos tudo falei com a Dra. Antes deu vir aqui. Fiz os exames. Comecei a fazer. Comecei a tomar a medicação. Tudo novamente, mas eu. É assim uma gesta... Dentre os meus outros filhos que eu não tinha nada essa é a melhor gestação que eu tenho.

Pesquisadora Aham

SAC: Não tive enjoô logo no começo, onde eu posso comer. Eu trabalho, eu não sinto nada, eu não tenho aquele sono, eu não tenho cansaço. Eu estou superbem disposta. Às vezes eu me esqueço até que eu estou grávida. (risos).

Pesquisadora Então ela está sendo super tranqüila...

SAC: Super tranqüila. Não tenho problema nenhum. Não tem nada assim, nada, nem com medicamento, não tive nada de anormal.

Pesquisadora: Então você me fala que é...É...Que tomar o medicamento é ser gestante é muito importante

SAC: Sim. É muito importante. Né porque é uma vida que você tá... E essa vida depende de você

Pesquisadora Aham

SAC: Desde agora. Porque se você num seguir o tratamento mais pra frente ela pode né. Então eu acho que seguindo o tratamento, seguindo as orientações dos médicos não tem problema nenhum.

Pesquisadora: E você me falou também que você teve o nenê você não toma mais o remédio.

SAC: Não....

Pesquisadora Você não toma porque o médico fala pra você não tomar ou você não toma porque você...

SAC: Não, por que o médico fala que eu não preciso de medicamento.

Pesquisadora: Aham

SAC: É porque eu falo se a gente também. Às vezes você tem alguma coisa e se você não se cuidar... Aí... Tipo assim...Sabe que vai ter as conseqüências.

Pesquisadora: Entendi.

SAC: Então mesmo que eu parei com os medicamentos, eu continuei tendo seguimento médico. Então sempre tem as orientação dos médicos

Pesquisadora: E você segue o seu... Seu...Seu...Suas consultas mesmo sem...

SAC: Sigo as consultas, nunca faltei nenhuma. Venho em pesquisas aqui no HC. Sempre estava presente. Às vezes eu falo assim: Mas lá demora muito, mas eu acho assim que é uma forma de através de você, você tá podendo ajudar outras pessoas. Ou até mesmo você. Então eu não tenho problema nenhum.

Pesquisadora: Aham. E tem mais alguma coisa que você gostaria de complementar, nessa questão da mulher, da gestante, do HIV, pra poder contribuir.

SAC: Ah... Eu acho que a gente não pode desistir né, nem da gente, seja lá o HIV ou qualquer outra... A gente não tem que desistir. Eu acho que você se entregar não vai resolver o teu problema, vai piorar... Você pode ficar... E é muito bom assim que nem tem pessoas que sabem né. Que fala: Poxa, mas nem aparenta, né.. Eu falei não: Mas pra mim é como se não existisse devido a minha... Eu ser evangélica, então eu creio muito em Deus. Então pra mim assim é maravilhoso é então... É como se não existisse. Eu acho que nada pode impedir a gente de seguir a vida pela frente. E muito menos você se sentir assim diferente de outra pessoa porque ai você mesmo vai estar se rejeitando, ai vai gerar varias outras doenças, com depressão. Então eu acho que não tem... Você seguindo a orientação médica, você fazendo o pré-natal direitinho, tomando o medicamento, eu acho que não tem porque você se sentir diferente das outras pessoas... Uma gestante que não toma nada. Eu não me sinto. Eu já fui mãe sem ter isso e ai hoje...Então pra mim é a mesma coisa. Eu sigo direitinho. Tanto é que meus outros partos foram tudo assim também passava muito mal, com enjôo, então pra mim. Eu acho muito importante seguir, continuar a viver, e não desistir. Eu acho que não... É que eu achava que nem casar...É que eu falava: poxa como que eu vou casar. Hoje eu sou uma mulher casada. Não assim, O meu primeiro, a gente não casou... Meu esposo também. Quando eu contei pra ele foi

antes do nosso casamento... Que eu não podia casar com uma pessoa sem ele saber. Ele mesmo virou pra mim e disse falou assim: você não tem nada, imagina, isso não impede a gente de viver. O meu amor por você é maior que qualquer coisa. E assim então eu não me sinto uma pessoa diferente. Eu me sinto uma mulher como as outras. Uma gestante como as outras. Não faço diferença. Às vezes as pessoas perguntam: Ahh! Mas porque você tá lá? Eu falo: Ahh! Porque eu gosto de ficar lá. Eu entro em pesquisa. Mas pesquisa? Eu falo: É eu gosto de atender, eu gosto... cê tá ajudando outras pessoas

Pesquisadora: Aham

SAC:Eu acho isso muito importante

Pesquisadora: Que bom. Muito obrigada pela sua colaboração

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Participante 2)

Dados de Prontuário

- Nome (iniciais): ACM
- Data de Nascimento: 26/01/1975
- Escolaridade: 3 ano do ensino fundamental
- Estado civil: Viúva
- Número de dependentes: 3 filhos
- Soropositividade dos dependentes todos são soronegativos
- Numero de gestações e partos: 5G 1A 3P
- Profissão/Ocupação: do lar
- Tempo de diagnóstico da soropositividade ao HIV: + ou – 8 anos

- Como que você veio fazer o pré-natal aqui no amigo.

Estava fazendo o seguimento (Cuiabá) que encaminhou para o ambulatório.

- Como você esta sentindo (Alguma intercorrências) vem sendo o pré-natal?

Está deprimida. Treme muito porque parou de tomar o remédio para depressão..

Está se sentindo péssima (o corpo quer cama – Sic). 10 semanas de gestação.

Entrevista

Evocação: “Antes de começarmos a entrevista, gostaria que você pensasse um pouco, em silêncio, sobre o que iremos conversar, ou seja, sobre:

Ser mulher e ter o HIV/

Ser gestante e ter o HIV/

Ser gestante e fazer o Tratamento.

Quando terminar me avise e assim começaremos. Tudo bem?”

Enunciação: “Agora gostaria que você escrevesse, com suas próprias palavras, o que de mais importante você pensou sobre o que eu te pedi anteriormente. Escreva da forma que considerar melhor, ou seja, por extenso, por tópicos ou de qualquer outra forma, sinta-se a vontade quanto à escrita.”

Averiguação “Agora iremos conversar sobre o que você escreveu. Conforme combinamos, esta parte da conversa será gravada para que eu não esqueça

nenhum detalhe importante do que você me disser. Caso haja alguma parte que você não queira que eu grave me avise pois, eu interrompo a gravação e só retorno a gravar quando você me autorizar. Se você concordar, quando a sua fala não estiver sendo gravada, eu gostaria de fazer algumas anotações e te mostro depois o que foi escrito para ver se você concorda. Vamos começar?'

Podemos conversar

- SER MULHER e TER HIV.

Horrível. Não é perfeita como as outras. Não pode amamentar o neném (coisa mais maravilhosa do mundo é dar mamá pro nenê –Sic) -

- SER GESTANTE e TER HIV .

Normal, já se acostumou com a idéia. Existe o preconceito dos outros.

- SER GESTANTE e FAZER O TRATAMENTO.

Toma a medicação como forma de proteção ao bebe e não sua própria saúde

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Pesquisadora: Primeiro quando você disse que eu te perguntei que que é importante em ser mulher e ter o HIV você me disse que é Horrível

ACM: É

Pesquisadora: O que você quis dizer com isso

ACM: É horrível porque eu me sinto com preconceito da sociedade

Pesquisadora: aham

ACM: E horrível por que eu fico pensando mil besteiras, se tratam você bem ou não.

Pesquisadora: Aham

ACM: E é isso. Também...

Pesquisadora: E quando você disse que a gente não é perfeita como as outras

ACM: É porque elas quando nasce os bebes elas vao dar de mama. E a gente não. Tem que dar de mamaadeira pro nene. E a vida fica horrivel desse jeito

Pesquisadora: De não poder dar ..

ACM: De mama pro nene. Por que é um leite que já vem preparado, quentinho pra ele

Pesquisadora: E você amamentou seus outros filhos?

ACM: Não. Não amaentei.

Pesquisadora: Nehum dos tres.

ACM: Só o mais velho. Que eu dei de mama pra ele mas tambem não dei muito tempo. Porque naquela época eu não ligava muito pra isso.

Pesquisadora: E agora que você liga...

ACM: Não posso

Pesquisadora: Não pode e você tambem me falou que não pode dar de mama pro nene que é a coisa mais maravilhosa é dar de mama pro nene..

ACM:Humhum

Pesquisadora: Você quis dizer o que com isso?

ACM: Ahh. A gente se sente mais mae. Mais protegida, protegendo o bebe. Agora mamadeira

Pesquisadora: Você acha que a formula, o NAN

ACM: É o NAN não é o mesmo tipo de leite da mãe, que é vitamina, tem sais minerais, tem um monte de coisa

Pesquisadora: Aham

ACM: E o NAN não, pra mim não completa o leite pra ele...

Pesquisadora: Entendi. Quando você.. quando te perguntei o que que você acha importante em ser gestante, de estar gestante e ter o HIV voce disse que é normal. Que você já acostumou

ACM: Já. Eu já me acostumei porque.. No começo eu não me acostumei não. Mas ai com o tempo eu fui me acostumando, a não entrar em depressao. Eu me acostumei, pra mim é normal

Pesquisadora: É normal tá grávida?... é normal ter o HIV?

ACM: Não...não é normal tá grávida, não estava nos meus planos uma gravidez. Por causa do risco pro bebe. Mas o resto pra mim é normal.Eu vivo normalmente, se eu não tivesse a depressão.

Pesquisadora: A depressao é a unica coisa que te atrapalha no momento.

ACM: É tá me atrapalhando...

Pesquisadora: Mas você já está fazendo o seguimento. Já está buscando ajuda

ACM: Já

Pesquisadora: E quando você diz a respeito do preconceito.. me fala um pouquinho mais sobre isso.

ACM: Ah.. é porque eu fico com medo de falar.. você viu o fulano tá com HIV, não chega perto..ai credo, é horrivel. Entao com aquilo ali eu me sinto mal.

Pesquisadora: aham

ACM: Me afeta aquilo. Porque eu sei que eu tenho.Ai eu fico quieta, não falo nada, nem mal ou bem.. Eu falo: Ah, é verdade?! Coitado.

Pesquisadora: E você sabe...e o preconceito atrapalha você de alguma maneira

ACM: Não.. não porque ainda não senti na carne, na pele como que é

Pesquisadora: E você reserva sua doença...

ACM: Ë eu procuro falar que eu tenho diabetes

Pesquisadora: aham

ACM: Porque dizer que eu tomo uma bateria de remedios... eu falo que é... eu tiro os rotulos das coisas..

Pesquisadora: E seu filho sabe da sua...

ACM: Meu filho sabe... os dois maiores sabem...

Pesquisadora: aham. Tá. É...você é.. quando voce perguntou... eu te perguntei né.. o que você acha importante em estar grávida e fazer o tratamento voce falou que é bom por causa do nene, da saúde dele. Então me explica um pouquinho mais sobre isso.

ACM: Não. Eu acho assim que...eu arrumei ele. Eu tenho que responsabilizar, pra ele vim com saúde

Pesquisadora: Aham

ACM: E perfeito. Eu peço pra Deus . Tem dia que eu entro meio em parafuso mas depois eu volto de novo, né.

Pesquisadora: Ai voce pensa em tomar os seus remédios, fazer os exames que os medicos pedem..

ACM: Ai eu procuro tomar todos os remédios. Mesmo que não descem de manha cedo os remédios eu empurro...

Pesquisadora: Aham. Por conta do nenem

ACM: Por conta do nene. Se não eu não tomaria não.

Pesquisadora: E o medico da cuiaba, como é que ele falou pra você continuar tomar os remedios...

ACM: Ele falou pra eu continuar tomar os remédios tudo certinho...

Pesquisadora: E você já pensou nisso...

ACM: Eu tomo tudo.. sempre tomei certo os remédio. Nunca fiquei sem tomar eles. Acho que eu to vida por causa dos remedios...

Pesquisadora: E ai, tem mais alguma coisa que você quer falar , pra você contribuir a respeito disso, a respeito de estar gravida, de ser mulher, de ter o HIV

ACM: Não, não tem mais nada

Pesquisadora: Entao ta bom

ACM: É só isso

Pesquisadora: Muito obrigada, tá.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

(Participante 3)

Dados de Prontuário

- Nome (iniciais): ACB
 - Data de Nascimento: 14/03/1974
 - Escolaridade: Ensino médio completo – Técnico em processamento de dados
 - Estado civil: Divorciada (está no segundo relacionamento)
 - Número de dependentes: 1 filho
 - Soropositividade dos dependentes É soronegativo
 - Numero de gestações e partos: 2G 0A 1P
 - Profissão/Ocupação: Auxiliar administrativo
 - Tempo de diagnóstico da soropositividade ao HIV: + ou – 10 anos
-
- Como que você veio fazer o pré natal aqui no amigo. Estava fazendo o seguimento (Vila Virginia) que encaminhou para o ambulatório. Tem convenio com a São Francisco porem optou pelo seguimento no AMIGO.
 - Como você esta sentindo (Alguma intercorrências) vem sendo o pré natal? Único incomodo é a constipação. 11 semanas de gestação.

Entrevista

Evocação: “Antes de começarmos a entrevista, gostaria que você pensasse um pouco, em silêncio, sobre o que iremos conversar, ou seja, sobre:

Ser mulher e ter o HIV/

Ser gestante e ter o HIV/

Ser gestante e fazer o Tratamento.

Quando terminar me avise e assim começaremos. Tudo bem?”

Enunciação: “Agora gostaria que você escrevesse, com suas próprias palavras, o que de mais importante você pensou sobre o que eu te pedi anteriormente. Escreva da forma que considerar melhor, ou seja, por extenso, por tópicos ou de qualquer outra forma, sinta-se a vontade quanto à escrita.”

Averiguação “Agora iremos conversar sobre o que você escreveu. Conforme combinamos, esta parte da conversa será gravada para que eu não esqueça nenhum detalhe importante do que você me disser. Caso haja alguma parte que você não queira que eu grave me avise pois, eu interrompo a gravação e só retorno a gravar quando você me autorizar. Se você concordar, quando a sua fala não estiver sendo gravada, eu gostaria de fazer algumas anotações e te mostro depois o que foi escrito para ver se você concorda. Vamos começar?”

Podemos conversar

- SER MULHER e TER HIV.

Não impede de fazer nada. Normal porem não conta o diagnostico para ninguém.

- SER GESTANTE e TER HIV .

É bom ter um filho saudável. Os familiares ficam apreensivos. Pensa na questão da amamentação.

- SER GESTANTE e FAZER O TRATAMENTO.

Toma a medicação como forma de se cuidar e como proteção ao bebe. Diz que tem que estar com a cabeça boa e não pensar em morte.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Pesquisadora: Ai quando eu perguntei pra você o que você acha importante em ser mulher e ter o HIV você falou que nao te impede de fazer nada. Né, que é normal Me explica um pouquinho melhor isso.

ACB: Ah.. Por exemplo.. eu levo uma vida normal. Eu trabalho. A gente sai, eu meu marido, meu filho, a gente se diverte, vai em tudo lugar. Vai em barzinho. Eu nao bebo assim, né. Mas eu gosto. Saio, vou em show. Nao impede em nada.

Pesquisadora: De fazer na...

ACB: Eu esqueço.

Pesquisadora: Aham...

ACB:É que eu lembro, é porque eu tenho que tomar os remédios, só. Mas fora isso, não me impede nada, de fazer nada...

Pesquisadora :Você falou que não interessa, né..é...é...ter ou não , né

ACB: Não... Você tem é que viver, né.. De...Ficar pensando nisso até acaba morrendo mesmo.

Pesquisadora A doença pode...

ACB:Aparecer. Achar que isso vai matar, eu não acho..

Pesquisadora Aham

ACB:Eu posso sair na rua e e morrer de uma hora pra outra...deus me livre

Pesquisadora É verdade

ACB:Tem tanto acidente. Então, eu acho isso

Pesquisadora Então ser mulher e ter o HIV é nor.. não importa...

ACB:Não, não impede de fazer nada.

Pesquisadora Ai você falou que não conta, uma coisa que acha normal, porque você não fica saindo e contando pra todo mundo

ACB:Não. Amigo assim, tenho bastante amigo mas ninguém sabe. Quem sabe é meu marido. Só familiares assim... só

Pesquisadora Aham. Porque você acha que....

ACB:Porque eu acho.. porque eu vou contar, as vezes a pessoa pode ter preconceito. Contar não vai me ajudar nada. Pra que que eu vou contar...

Pesquisadora É verdade. Entendi

ACB:Então eu não conto não.

Pesquisadora Aham. É...tem mais alguma coisa que você gostaria de acrescentar em questão de ser mulher e ter o HIV, ou você acha que...

ACB:É isso ai, você tem é que viver. Né. Que ser feliz.

Pesquisadora Tá. Quando voc&e falou que é.. a questão das coisas importantes de ser gestante e ter o HIV , você falou que seus familiares ficam apreensivos. Principalmente seu pai.

ACB:É. Então, porque que ele falou que: Ah!!! E agora??? E se nascer??? Mas eu expliquei que num nasce porque .. Nao o Dr. Luiz que é meu médico lá falou tudo pra mim...

Pesquisadora Aham

ACB:Nao tem ... a gente se cuidando não nasce assim...Mas ele tambem é assim, tem mais idade, né. Fica com medo né. Por que meu outro filho tambem....mas ele nao tem nada.

Pesquisadora Ja fez o exame seu outro filho...

ACB: Só que a parte do meu marido, os pais dele num sabe, né. Que eles moram em Minas. Entao a gente nao contou

Pesquisadora Aham

ACB:Pra num..Entao eu vou levando..

Pesquisadora A questao da amamentação, que você falou, né. É que você acha que é o unico ponto negativo em ser gestante e ter o HIV

ACB:É. Nao dá pra amamentar. Ma eu amamentei meu filho, mas eu num sabia, né.

Pesquisadora Ham

ACB:Mas agora eu queria amamentar sim . que eu entrei na internet e vi um site que pode

Pesquisadora Qual site?

ACB:Ahh....foi um site, que eu entrei na IG, e ai você clica lá e ai você clica lá né... sobre... no assunto lá e ai eu fiz.. ai eu cliquei e fui vendo né... Tinha varias perguntas . Ai eu fui na parte de gestante ai tava lá amamentação. E falava lá no

site. Qu epode amamentar, nao corre risco assim. Porque é muito pequeno, principalmente quem tem indetectável, que nem eu

Pesquisadora Aham

ACB:Bom que eu li né...

Pesquisadora E você vai perguntar pro seu ginecologista a respeito...

ACB:Ah! Eu vou conversar né com o Dr. Luis, mas eu amamentei meu filho

Pesquisadora Sei saber

ACB:Sem saber, mas ele nao teve nada.

Pesquisadora Aham

ACB:Ele acompanhou aqui, né ate um ano. Ai o médico deu alta. Foi uma alegria. Por isso que eu acho.. mas tambem tem outras tecnicas...

Pesquisadora E você amamentou seu outro filho até..?

ACB:Até 9meses ainda. O tempo dele mama mas depois tive que tirar porque ele ficava mordendo, né

Pesquisadora Aham

ACB:Tava machucando. Ele era danadinho, ficava rindo. Ai eu tambem tirei.

Pesquisadora E esse você tem a intenção de amamentar?

ACB:Ah! Eu gostaria né

Pesquisadora E se os médicos

ACB:E leite é caro, né. Deus me livre

Pesquisadora Mas você sabe que você tem esse apoio social do leite. Se você nao amamentar.

ACB:É , não sabia nao. Achei que eu ia ter que comprar na farmacia.

Pesquisadora Nao, nao

ACB: (risos) Ah é?!

Pesquisadora Existe o apoio né, porque nao se recomenda a amamentação. Mas você conversa com seu médico...

ACB:Aham. Entao eu vou conversar, né. Mais depois, poque eu to bem...

Pesquisadora Ainda tá muito no comecinho da gravidez...

ACB:Realmente...

Pesquisadora Eu acho que isso você pode discutir com os médicos, mas se você nao amamentar você tem esse apoio social de fornecimento de leite.

ACB:Eu nao sabia não. Que bom saber. Entao o financeiro nao vai ser o problema , é o que vai pesar pra você pra decidir amamentar ou nao

ACB:Ah Tá...ta bom..

Pesquisadora E é....a questao de ter o filho saudável tambem você já explicou um pouquinho que você já teve um nenem, você tem todas as chances de ter um nenem saudavel.

ACB:Ah! Eu tenho sim

Pesquisadora Porque voce falou assim que sua carga viral é indetectável...

ACB:Indetectável. CD4 é bom: Mais de 1000. e deu até uns dois pontos...

Pesquisadora Aí...

ACB:Entao assim....na hora que for ver eu nao acredito que (risos) eu peguei

Pesquisadora E sempre foi assim...

ACB:Eu nunca fiquei doente.

Pesquisadora Isso é bom

ACB:Nunca tive internada, nada. Nunca.

Pesquisadora Entao o HIV nunca foi

ACB:Nunca foi obstaculo assim

Pesquisadora Pra você nao

ACB:Nao

Pesquisadora E, você me falou a questão de ser gestante e fazer o tratamento né é... é bom porque você sempre tem que estar com a saúde em dia

ACB:Aham

Pesquisadora Né, e tambe'm você faz o tratamento pra nao passar pro nenem

ACB:Alguma coisa, sei lá é que eles nao entendem que eu nao posso passar nada porque eu nunca fiquei doente nada, então

Pesquisadora Mas você...

ACB:Mas é bom assim sempre fazer um check up , né

Pesquisadora E você faz o tratamento certinho...

ACB:É , eu faço, lá no centro de referencia. Eu vou vir aqui fazer o pre natal mas eu continuo lá, né

Pesquisadora Lá pra você, né

ACB:É pra mim...

Pesquisadora E a questao de estar com a cabeça boa, nao pensar em morte, me explica um pouquinho isso.

ACB:Ahh nao penso assim, igual eu te falei: que é o HIV que vai tirar minha vida. Nunca pensei assim. Quando eu fiquei sabendo que eu era HIV, eu chorei, eu já pensei assim, amanha eu vou morrer. Mas nao é assim. Isso é outra coisa. Vive varios anos, e tem que estar com a cabeça boa, né

Pesquisadora Aham

ACB: Pra outras pessoas também. Eu não vou descontar em ninguém. Minha cabeça é boa. Quase ninguém sabe o que eu tenho.

ACB: Vive uma vida normal...como você disse

Pesquisadora É uma vida normal. Como se eu não tivesse

ACB: Aham. O que me lembra é quando eu tomo remédio. É que me lembra. É só assim. Parece que é uma consulta normal.

Pesquisadora Como uma rotina

ACB: É. Todo mundo tem que ir no médico né. Fazer um check up né. Então. Pra mim é assim mesmo.

Pesquisadora E tem alguma coisa que você gostaria de acrescentar, pra contribuir na questão da mulher, da maternidade, da gestante....

ACB: Não, tem que se cuidar né, por que eu era nova e não sabia na época. Não tinha tanta divulgação. Foi em 90 e pouco, né. Não tinha divulgação. Eu não sabia. Então hoje eu ia saber mais.

Pesquisadora Você acha que se tivesse divulgação você...poderia ter se prevenido

ACB: Ah.... poderia. Por que ele era mais velho que eu, né e eu nem lembrava. Namorava e nem lembrava que ia pegar. Tanto que quando minha mãe falou que ele tava, né eu falei não, né... Mas aí eu tive mesmo...

Pesquisadora Aí você fez os exames e deu positivo.

ACB: Mas aí agora eu trato né. Tem que tratar. E a vida vai seguindo..É né...Deus na hora que quiser eu vou embora. É isso. Tem que cuidar mesmo.

Pesquisadora **Muito obrigada pela participação**

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Participante 4)

Dados de Prontuário

- Nome (iniciais): ECB
- Data de Nascimento: 04/01/1974
- Escolaridade: segundo ano do primário
- Estado civil: Solteira (está vivendo com um companheiro desde 2004)
- Número de dependentes: 3 filhos
- Soropositividade dos dependentes Todos são soronegativos
- Numero de gestações e partos: 4G 0A 3P
- Profissão/Ocupação: do lar
- Tempo de diagnóstico da soropositividade ao HIV: + ou – 2 anos

- Como que você veio fazer o pré natal aqui no amigo.

Estava fazendo o seguimento (Castelo) que encaminhou para o ambulatório.

- Como você esta sentindo (Alguma intercorrências) vem sendo o pré natal?

Passa um pouco mal. (tontura de falta de ar) 37 semanas de gestação.

Entrevista

Evocação: “Antes de começarmos a entrevista, gostaria que você pensasse um pouco, em silêncio, sobre o que iremos conversar, ou seja, sobre:

Ser mulher e ter o HIV/

Ser gestante e ter o HIV/

Ser gestante e fazer o Tratamento.

Quando terminar me avise e assim começaremos. Tudo bem?.

Enunciação: “Agora gostaria que você escrevesse, com suas próprias palavras, o que de mais importante você pensou sobre o que eu te pedi anteriormente. Escreva da forma que considerar melhor, ou seja, por extenso, por tópicos ou de qualquer outra forma, sinta-se a vontade quanto à escrita.”

Averiguação “Agora iremos conversar sobre o que você escreveu. Conforme combinamos, esta parte da conversa será gravada para que eu não esqueça nenhum detalhe importante do que você me disser. Caso haja alguma parte que

você não queira que eu grave me avise pois, eu interrompo a gravação e só retorno a gravar quando você me autorizar. Se você concordar, quando a sua fala não estiver sendo gravada, eu gostaria de fazer algumas anotações e te mostro depois o que foi escrito para ver se você concorda. Vamos começar?'

Podemos conversar

- SER MULHER e TER HIV.

Não é normal. Tem gente que não gosta. Irmã tem preconceito.

- SER GESTANTE e TER HIV .

Ruim. Coloca em risco a vida da criança. Não amamentar também é ruim.

- SER GESTANTE e FAZER O TRATAMENTO.

Toma a medicação como forma de se cuidar e como proteção ao bebe.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Pesquisadora: Ai, a gente tava conversando e você me falou né, é que uma coisa importante em ser mulher e ter o HIV você me falou que nao é normal por que tem gente que nao gosta..

ECB: É..

Pesquisadora: Nao gosta... me explica um pouquinho mais disso...

ECB: Ahh.. porque ...nao gosta ..porqu nao fica perto da gente, acha que pega né..assim

Pesquisadora: e você acha que isso é o que? Falta de informação...

ECB: É...

Pesquisadora:E você falou a questão do preconceito...

ECB:Tem bastante né...E nem memso da minha familia, quase ninguem sabe. Entao...

Pesquisadora:O seu marido sabe.

ECB:Ele e minha irmã. E foi ele que contou..ai você sabe...Ela tambem já ficou meio assim...

Pesquisadora:A sua irmã.. você acha que já mudou o jeito que ela te tratou...dai pra frente

ECB:Dai a gente briga , e ela joga na cara...

Pesquisadora:E você acha que isso nao impede de fazer as coisas...

ECB:Nao.

Pesquisadora:E você acha que essa falta de informação..a questao da familiar voce prefere manter sem .. sem as pessoas ficarem sabendo.

ECB: (choro).....

Pesquisadora: E o choro.... E o que vc lembrou e que te fez chorar elaine...

ECB:Nada...

Pesquisadora:O relacionamento com sua irma te deixa chateda?

ECB: (ascena com a cabeça positivamente)

Pesquisadora:O seu marido te apoia.

ECB:Me apoia.

Pesquisadora:E vocês dois decidiram não.. manter pra vocês dois...essa..

ECB:É só pra mim...

Pesquisadora:Pra evitar que você fique chorando.

ECB: (ascena com a cabeça positivamente)

Pesquisadora Você quer falar um pouquinho mais....sobre isso

ECB: (limpa as lagrimas....) Não

Pesquisadora Quer passar pra frente...pra gente falar um pouco da sua gravidez ou você quer falar ainda da.. disso que esta te incomodando

ECB:Nao....

Pesquisadora Nao...entao me fala a questao, é ...é né quando eu te perguntei é em ser gestante e ter HIV você falou da questão de nao poder amamentar o seu nene. E o que que você acha disso. Me explica um pouco melhor...você estava falando do leite

ECB:Do leite também né E e vai os outro fica perguntando porque que eu nao dou de mama...

Pesquisadora Ai você fala .. o que que você fala...

ECB:Eu falo que eu nao tenho leite. (choro)

Pesquisadora Ai é muito dificil pra você dizer que ..mentir...

ECB: (Choro..ascenando positivamente com a cabeça)

Pesquisadora Mas esse carinho você passa pro seu neneenquanto esta dando a mamadeira, nao é verdade?!

ECB:Mas eles falam que eles conhecem a gente pelo peito, né

Pesquisadora Eles conhecem a gente tambem pelo carinho, pelo olhar, pela voz....

ECB:Limpa as lagrimas.....

Pesquisadora E o seu filho nao gosta de você.. o novinho? Aqule que você nao amamentou?

ECB:Aham. Ele gosta...(murmura)

Pesquisadora Dai você já está contando pra todo mundo que nao é pelo peito que o nenem conhece a mae. Não é...

ECB:É

Pesquisadora E você falou também que você tem medo de contaminar a sua nenezinha

ECB:É

Pesquisadora E como que tá isso, fazendo o pre natal aqui.... o que que você acha, me explica um pouquinho melhor...de como que você se sente...mais segura...

ECB:Me sinto, né. Eu já sei tudo, ne. Do corpo

Pesquisadora Fica fazendo melhor pra sua filha. Igual a gente conversou antes...

ECB: (ascenda positivamente com a cabeça)

Pesquisadora E a ultima coisa, tá. Você é, você me falou..em relação em fazer o tratamento e ser gestante é bom porque salva o nene e você toma o remédio direitinho

ECB:É

Pesquisadora Me fala um pouquinho mais...de trer que fazer o tratamento...

ECB:É que é importante né. Importante pro nene...

Pesquisadora E tem mais alguma coisa que você quer contribuir? Que você quer conversar?

ECB:Não.

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Participante 5)

Dados de Prontuário

- Nome (iniciais): AS
- Data de Nascimento: 10/01/1986
- Escolaridade: Oitava serie do ensino fundamental
- Estado civil: Solteira (está vivendo com um companheiro há 4 anos)
- Número de dependentes: 1 filho
- Soropositividade dos dependentes É soronegativos
- Numero de gestações e partos: 2G 0A 1P
- Profissão/Ocupação: do lar
- Tempo de diagnóstico da soropositividade ao HIV: + ou – 5 anos

- Como que você veio fazer o pré natal aqui no amigo.

Estava fazendo o seguimento (Jaboticabal) que encaminhou para o ambulatório.

- Como você esta sentindo (Alguma intercorrências) vem sendo o pré natal?

Passa bem. (nem enjôo) Planejou a gravidez.

Entrevista

Evocação: “Antes de começarmos a entrevista, gostaria que você pensasse um pouco, em silêncio, sobre o que iremos conversar, ou seja, sobre:

Ser mulher e ter o HIV/

Ser gestante e ter o HIV/

Ser gestante e fazer o Tratamento.

Quando terminar me avise e assim começaremos. Tudo bem?”.

Enunciação: “Agora gostaria que você escrevesse, com suas próprias palavras, o que de mais importante você pensou sobre o que eu te pedi anteriormente. Escreva da forma que considerar melhor, ou seja, por extenso, por tópicos ou de qualquer outra forma, sinta-se a vontade quanto a escrita.”

Averiguação “Agora iremos conversar sobre o que você escreveu. Conforme combinamos, esta parte da conversa será gravada para que eu não esqueça nenhum detalhe importante do que você me disser. Caso haja alguma parte que

você não queira que eu grave me avise pois, eu interrompo a gravação e só retorno a gravar quando você me autorizar. Se você concordar, quando a sua fala não estiver sendo gravada, eu gostaria de fazer algumas anotações e te mostro depois o que foi escrito para ver se você concorda. Vamos começar?'

Podemos conversar

- SER MULHER e TER HIV.

Não fala (medo e vergonha) preconceito

- SER GESTANTE e TER HIV .

Pensa na questão da amamentação.

- SER GESTANTE e FAZER O TRATAMENTO.

È ruim. Toma a medicação como forma de proteção ao bebe.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Pesquisadora: Quando a gente conversou a respeito de ser mulher e ter HIV, você falou que não conta pros outros, por medo, vergonha do preconceito, não é isso?

AS: É

Pesquisadora Fala um pouquinho mais desse medo, dessa vergonha. Só pra gente poder entender melhor. É medo de que, vergonha de que...

AS: Ah... Vergonha de ficar comentando com os outros. De ficarem falando por trás o que a gente tem. Porque sempre comentam né. Ah eu acho que é só.

Pesquisadora E esse preconceito, você acha que é preconceito, de que...

AS: Bobo, né, porque não tem nada a ver. Sou um ser humano igual ao que não tem o vírus.

Pesquisadora: E você acha que essa vergonha é porque você tem medo do preconceito. Você sente essa vergonha

AS: É . é preconceito dos outros, né

Pesquisadora Com certeza. E você é. E quando você falou da gestação, você falou da amamentação. Que você não vai poder amamentar nem esse neném e nem pode amamentar sua filha. E fala um pouquinho mais dessa vontade sua.

AS: è porque às vezes eu vejo muié amamentando, sabe e a gente sente a vontade. E tem muié que pode amamentar e não dá. Mas eu como não posso por cause do vírus e tenho essa vontade e não posso né. E a amamentação eu acho que é um carinho de mãe pra filho. E eu já não posso ter isso daí e quem tem às vezes alguma não que dar, né

Pesquisadora: Entendi. E se elas soubessem da forma como é difícil não poder as vezes elas dariam de mamar pro filho. E você falou da questão do tratamento, né. Que fazer o tratamento é ruim, que tomar os remédios é ruim é... Por quê?

AS: É muito remédio, né é dá ânsia de vomito. É muita coisa pra guardar na cabeça também, né. Tem a hora, tem que tomar na hora certa. Se perder aí é um risco que você corre, mesmo porque você pode pegar algum vírus. E é só.

Pesquisadora: E você gostaria de dar algum conselho, acrescentar mais alguma coisa no depoimento pra outras mães que são soropositivas, alguma mensagem

AS: É sabe que... Acho que só.

Pesquisadora: Então tá.

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Participante 6)

Dados de Prontuário

- Nome (iniciais): FSLS
- Data de Nascimento: 30/11/1979
- Escolaridade: ensino médio incompleto
- Estado civil: Solteira (está vivendo com um companheiro há 6 anos)
- Número de dependentes: 1 filho
- Soropositividade dos dependentes É soronegativos
- Numero de gestações e partos: 2G 0A 1P
- Profissão/Ocupação: do lar
- Tempo de diagnóstico da soropositividade ao HIV: + ou – 5 anos

- Como que você veio fazer o pré natal aqui no amigo.

Fui encaminhada pelo postinho que estava fazendo o pré natal.

- Como você esta sentindo (Alguma intercorrências) vem sendo o pré natal?

Sinto falta de ar, tenho enjôo, nausea.

Entrevista

Evocação: “Antes de começarmos a entrevista, gostaria que você pensasse um pouco, em silêncio, sobre o que iremos conversar, ou seja, sobre:

Ser mulher e ter o HIV/

Ser gestante e ter o HIV/

Ser gestante e fazer o Tratamento.

Quando terminar me avise e assim começaremos. Tudo bem?”.

Enunciação: “Agora gostaria que você escrevesse, com suas próprias palavras, o que de mais importante você pensou sobre o que eu te pedi anteriormente. Escreva da forma que considerar melhor, ou seja, por extenso, por tópicos ou de qualquer outra forma, sinta-se a vontade quanto a escrita.”

Averiguação “Agora iremos conversar sobre o que você escreveu. Conforme combinamos, esta parte da conversa será gravada para que eu não esqueça

nenhum detalhe importante do que você me disser. Caso haja alguma parte que você não queira que eu grave me avise pois, eu interrompo a gravação e só retorno a gravar quando você me autorizar. Se você concordar, quando a sua fala não estiver sendo gravada, eu gostaria de fazer algumas anotações e te mostro depois o que foi escrito para ver se você concorda. Vamos começar?'

Podemos conversar

- SER MULHER e TER HIV.

Não fala (medo e vergonha) preconceito

- SER GESTANTE e TER HIV .

Pensa na questão da amamentação.

- SER GESTANTE e FAZER O TRATAMENTO.

É ruim. Toma a medicação como forma de proteção ao bebe.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

FSLs: Então. Graças a Deus nunca adoeci. Ta dando tudo certo.

Pesquisadora : Tem que acreditar NE. Então é a gente conversou né, que você falou que o que é mais importante em ser mulher e ter o HIV é a questão do preconceito. Me fala um pouquinho mais da questão do preconceito.

FSLs:É... o que eu posso falar...é que nem, quando eu descobri... eu falava assim... nunca graças a deus eu fui preconceituosa com quem tinha.. aí eu descobri... a família... nossa minha mãe... meu pai até que no começo foi difícil aceitar mas hoje já me trata normal.. ai minha mãe...ahh é alicate de unha , gilete, essas coisas.. então tira, né. Ai passado o tempo ela viu que eu nunca picotei pra tirar cutícula, então eu usava o alicate e ela também nunca... a não ser que sangrasse eu tinha que tomar as providencias, né. Ai na família de parente é tipo ai na casa da minha tia ... ai fulano morreu de isso.. que... como é que ela falava.. ai que o intestino se decompôs.. ai eu ia no banheiro...saia alguma coisa anormal eu colocava na cabeça.. ai é meu intestino.. ficava igual doida... ai eu ia na medica e ela falava que quem sabe das coisas é o infectologista, né. E não gente de fora. Então qualquer coisinha que pessoa te falar você vem aqui e me fala.. e eu então tá bom e foi

abrindo minha cabeça. Ai outro dia minha tia.. ai que passou na televisão que um cara que tinha HIV a medica não sabia e furou não sei que lá estourou e caiu sangue no olho do médico e o médico teve que tomar remédio. Ai eu disse que eu nunca tinha ouvido falar que pegava HIV pelo olho, negócio de sangue pingar no olho. Ai passou a mesma reportagem e era mentira. Olha como Deus mostra.. mesmo assim...ai no copo, não deixava eu beber... ai minha prima quando minha filha estava fazendo o tratamento, ela teve o filho dela, ai não deixava minha filha chegar perto...ai eu ...o mundo dá muitas voltas.. eu nunca imaginei que eu ia contrair, né...e to com isso.. mas assim, amigo meu não sabe...tem uma amiga minha que já tem a doença já, não cuidou direito parece... ai internou e ficou sabendo que ela tinha.. mas ela acho que atacou de uma vez.. ai como a gente foi criada junta desde pequenininha, ai eu peguei e comentei com ela..é..eu tenho o vírus também, e tal e assim, assim..e a cabeça dela tava ruim e eu pensei, eu vou ter que falar pra ela, né.. dá uma confortada, e ela assim, teve problema de saúde desde pequena, ai ela comentou com a rua inteira, aonde eu fui criada, o que eu tinha, ai minha amiga no Orkut, a Andrea falou isso...ai minha mãe falou.. então mente.. é pra você mentir..imagina, só porque ela tem eu também tenho, né...ai eu falei, não eu não tenho.. mas eu to levando assim...tirando a família...que nossa senhora, ninguém merece esse povo. Eu evito de ir na casa, e é so umas três tias minhas que ficam as outras não. Entao eu evito de ir na casa pra poder.. ai minha tia da Alemanha descobriu quando veio pra cá, ai me deu conselho, conversou , não tem aquele jogador de basquete que tem mais de 15 anos que tem, tá gordão, também, se tratando, ai eu pensei, é a mesma coisa que eu vou ter que fazer, vai se tratar. E tem a minha amiga lá do Orkut, a Deise, que falou né, ela é enfermeira, é preferível ter o HIV do que diabete é mais fácil de conviver. Mas mesmo assim, deixa eu negar, eu vou negar porque esse negocio de namorado também... hummm, as vezes as pessoas falam, não larga dele porque tá com o problema, mas não é, eu gosto mesmo, né.. Eu falei assim, eu não nasci .. eu nasci sozinha, porque que agora eu não posso viver sozinha. Ai a minha mãe...larga dele e arruma outro, que.. ai eu falei, não é assim, ai eu falo e o preconceito que tem? Eu sei que tem gente que tem e namora com gente que não tem, mas eu gosto dele e vou continuar com ele.

Pesquisadora : Voce está falando que você fica com ele porque gosta e não porque ele tem o HIV

FSLs:Exatamente. Por que as vezes as pessoas falam, minha mãe, porque você não larga dele, eu falo que não largo porque eu gosto, porque se não gostasse, independente do problema ou não eu largava dele. Podia fazer, como diz o outro, eu usava o preservativo e ninguém ia saber que eu tinha o problema. Ai eu falo que não é por causa de ... e eles já acham que tudo é por causa do problema. Eu falo que isso é uma coisa que não tem nada a ver

Pesquisadora É o coração, que manda mais alto

FSLs:É. É verdade. Se é pra ficar sozinha eu fico, se não for, e faz três meses que a gente tá longe. Ele está lá em Lucélia. Eu não sei se lá não tem telefone, ele me ligou faz tempo. E dessa vez pegou 12 anos. E ele falou que ano que vem ele sai, que lá só cumpre um terço só. Eu falei, pode vir sossegado porque eu não estou indo atrás de ninguém. Porque eu não fui mesmo de sair, de brincadeira, sempre fui sossegada, nunca usei droga, nem nada. Minha mãe que fala, não sei porque você entrou nessa vidinha. E eu falo que é de coração, na hora que a gente tá apaixonada, essas coisas, né. Se entrega. Mas graças a deus, estando com saúde, né. Não tem problema.

Pesquisadora E na questão da gestação de ter o HIV você falou que é importante saber do diagnóstico. Me explica um pouquinho a respeito disso

FSLs:É que nem a amamentação, o leite passa, transmite o vírus, né. E as vezes é que nem eu, eu não aceitei que na hora que a menina nasceu deus é tão assim que deu assim certinho, foi eu colocar a menina no peito que a moça falou assim, espera que se for o vírus, ai deu e eu não dei de mama pra ela. O pessoal na Mater, como eu não tinha acompanhamento eu tive lá. O problema foi tão preconceito lá dentro que lá na sala, que foi parto normal, né aí tava eu e uma moça na sala, ai mudaram eu e deixaram num quarto do lado, minha mãe disse, o problema foi esse, deixar você num quarto isolado e eu não sei porque já que eles falam que não pega assim né, ai eu falei que deu tudo certo, né que minha preocupação era a minha filha, já que tá bem né.

Pesquisadora E você estava falando a respeito dos profissionais de saúde te isolaram

FSLs:É isolaram e deixaram eu no quarto ei acho que eu tava no 21 parece com uma moça e na hora que souberam já me mudaram e colocaram sozinha

Pesquisadora E você sentiu isso.

FSLs:Senti. Bem em frente a um balcão delas atender essas coisas e era três quartos pra frente e colocaram eu lá. E minha mãe falou, ta vendo o preconceito. Ai isolou você lá, você estava com a outra já que fala que não pega assim e eu falei, é mãe

Pesquisadora E a questão da amamentação. A gente começou a falar um pouquinho do pesar de não poder amamentar então me fala um pouquinho da questão da gestação e da amamentação

FSLs:Eles falam que é importante, o leite pra criança, pra não dar infecção e pra tudo. Mas ela assim nunca procurou as tetas, assim, só depois de grande ela falava assim, quero mamar na teta. Um que ela não lembra se ela mamou ou não, né. Eu falo assim, não ...mamava direitinho e não tem problema mas é mais assim, de não poder amamentar. Eu queria é sentir. Tipo sugando, é mais

Pesquisadora E essa questão do sentir, sentir sugando o que isso representa pra você.

FSLs:Como é que eu posso dizer. É como com a primeira. Eu queria tanto ser mãe, dar mama, dar isso e aquilo, ai não pode dar mama. E tem muitas pessoas que não tem o problema que né, então eu falei assim que tem que pensar, bom pra criança que uma parte não passa doença pra ela e outra que fala que o seio murcha então eu vou levando.

Pesquisadora E a questão do tratamento e da gestação você falou que é importante fazer o tratamento. Fala um pouquinho mais sobre isso pra mim.

FSLs:Ai que nem o meu, pra falar a verdade eu comecei com a medicação e eu vou ter que tomar, e o medico passou e dá reação essas coisas, ai faço o exame, e se tiver que tomar eu tomo um só. Mas se não se cuidar, né. E depois fazendo bem pra criança. Que mal tem né, já que é bom pra mim e pra criança então é... seja o que deus quiser.

Pesquisadora E o papa Nicolau é o único que esse tratamento incomoda.

FSLs:É, esse é o pior . o remédio não é nem nada pra mim. O problema é o papa Nicolau. O medico disse que eu tenho que fazer de três em três meses. Então sem ser semana que vem na outra eu vou ter que fazer de novo.

Pesquisadora: E você gostaria de dar , falar mais alguma coisa passar uma mensagem pra essas mães mais alguma coisa que você acha importante em relação a maternidade para que eu possa contribuir mais com o meu trabalho

FSLs:Ah, pra quando o diagnóstico der positivo, elas num, que a primeira coisa que pensa é que eu vou morrer amanhã , que é qui nem o da minha menina foi muito difícil pra eu aceitar, o bom foi que eu vim aqui, conheci varias mães que tinham, eu achava que só eu que tenho, que isso que eu vou morrer, ai eu falei graças a deus que tem esse monte de menina aqui. Fui na psicóloga, conversava com os médicos, a mente foi abrindo, ai eu vi que não é nada disso. Ai tem o tratamento pras crianças também. Que ajuda muito que se fosse outro também, que passava pras crianças. E ai minha família disse é você não pode ter mais filho que vai passar que não sei que lá. Ai esses dias antes de eu vir, eu passei na casa da minha tia, eu já tinha vindo a primeira vez, foi num domingo na casa da minha tia eles vieram e falaram que esse vai nascer com problema e você também vai ter problema pode ser problema pra você e não sei que lá ai eu falei, só deus sabe. Ninguém sabe do meu futuro, ninguém sabe do dia de amanhã, só deus. Eu sei que não é assim. E também não coloquei na cabeça. Ai eu vim e conversei com o medico e ele disse que não é assim não, que isso e aquilo, e ele falou que as vezes que nem, eu tava com medo dessa ultrassom hoje dá algum probleminha e ele disse que não é que as vezes tem gestante que não sabe que tá grávida e toma esse remédio pro HIV e as vezes pode trazer alguma complicação na gestação na criança, mas como você não esta tomando então fica sossegada que é de rotina esse ultrassom, ai eu falei então graças a deus eu to ai eu vim com fé que não vai dar nada de anormal e ele disse que tá tudo bem. Mas mais assim é tem que se cuidar né, as vezes que no começo e passava na televisão minha mãe falava muda, e eu falava, não eu tenho que ver pra saber o que é que tá. Ai esses dias eu vi que aqui na USP sobre o veneno da cascavel pra matar o vírus. Ai eu falei, olha aí, minha mãe falou daqui quando, e eu falei daqui 10 anos eu falei que não tem problema eu me tratando quem sabe um dia né que teja na fila pra poder curar né só não pode desistir não. Mas sempre faço minhas coisas normal, não deixo a doença.. não tem dessas coisas de aposentar..

eles falam que pode aposentar, eu não ponho na cabeça essas coisas de aposentar porque eu não estou invalida. Graças a deus eu estou com saúde pra poder trabalhar, né. Entao eu flar pra mim, ai minha ria falou... pode aposentar, e eu disse .. isso é pra quem tá né... eu to bem, eu não preciso. Eu vou é trabalhar e cuidar da minha vida, que nem eu estava estudando um tempo atrás, eu voltei a estudar e minha cabeça estava tosalmente diferente ai parei, meu pai falou que eu tava lavando o prédio que a gente mora e omoço que alugsa não pagava o condomínio direito e meu pai falou que não da pra te dar o dinheiro do passeque isso e aquilo, ai eu parei. Agora eu vou começar a fazer trufa pra vender é que eu adoro essa coisas de cozinha de chocolate pra ver se dá uma arribada. E meu pai disse que eu não posso cozinhar que isso e aquilo e eu é a mesma coisa que ele falou da Ana beatriz . Voce não vem falar não que ele quebra a cara. Eu sei que eu vou ter que trabalhar pra poder, o pai ta ... vou ter que trabalhar pra poder sustentar...mas esse eu vou criar. Não tem essa dele ficar dando as coisas, deixa eu ter responsabilidade e saber me virar. Agora vão ver que .. Mas vai dar tudo certo...

Pesquisadora: Muito Obrigada,

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Participante 7)

Dados de Prontuário

- Nome (iniciais): FFPR
- Data de Nascimento: 06/03/1969
- Escolaridade: ensino superior incompleto
- Estado civil: casada
- Número de dependentes: 1 filho
- Soropositividade dos dependentes É soronegativo
- Numero de gestações e partos: 2G 0A 1P
- Profissão/Ocupação: Artesã
- Tempo de diagnóstico da soropositividade ao HIV: + ou – 12 anos
- Como que você veio fazer o pré natal aqui no amigo.

Fui encaminhada pelo postinho do Castelo Branco.

- Como você esta sentindo (Alguma intercorrências) vem sendo o pré natal?

Diferente da primeira gravidez. Estou sentindo algumas dores.

Entrevista

Evocação: “Antes de começarmos a entrevista, gostaria que você pensasse um pouco, em silêncio, sobre o que iremos conversar, ou seja, sobre:

Ser mulher e ter o HIV/

Ser gestante e ter o HIV/

Ser gestante e fazer o Tratamento.

Quando terminar me avise e assim começaremos. Tudo bem?”.

Enunciação: “Agora gostaria que você escrevesse, com suas próprias palavras, o que de mais importante você pensou sobre o que eu te pedi anteriormente. Escreva da forma que considerar melhor, ou seja, por extenso, por tópicos ou de qualquer outra forma, sinta-se a vontade quanto a escrita.”

Averiguação “Agora iremos conversar sobre o que você escreveu. Conforme combinamos, esta parte da conversa será gravada para que eu não esqueça nenhum detalhe importante do que você me disser. Caso haja alguma parte que você não queira que eu grave me avise pois, eu interrompo a gravação e só retorno

a gravar quando você me autorizar. Se você concordar, quando a sua fala não estiver sendo gravada, eu gostaria de fazer algumas anotações e te mostro depois o que foi escrito para ver se você concorda. Vamos começar?'

Podemos conversar

- SER MULHER e TER HIV.

Não fala (medo e vergonha) preconceito

- SER GESTANTE e TER HIV .

Pensa na questão da amamentação.

- SER GESTANTE e FAZER O TRATAMENTO.

È ruim. Toma a medicação como forma de proteção ao bebe.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Pesquisadora Ai, a gente tava conversando e você me falou né, é que uma coisa importante em ser mulher, estar gestante te preocupa.....

FFPR: A minha preocupação maior as vezes é ... eu falo muito pouco que eu estou pensando no HIV.. é .. eu estou assim segura de que não vai acontecer nada... provavelmente não aconteça nada eu não penso negativamente...com relação a isso...eu procuro não pensar...è uma preocupação que a gente tem que ter... mais o que me preocupa mais é o que tá mechendo comigo mesmo é começar tudo de novo... como mulher, como esposa, mãe... tudo.. Agora vai ser mais fácil porque eu não estou sozinha.. ele me dá muita força...

Pesquisadora È o primeiro filho dele...

FFPR É... Ele queria muito e eu não... e a gente tinha um conflito ..e eu me sentia um pouco culpada por não poder fazer e não querer fazer ... essa vontade dele eu gostaria que ele partilhasse comigo essa mesma vontade...que eu tinha. E ao mesmo tempo eu queria que isso acontecesse.. é uma divisão ... assim um lado meu dizia que sim, o outro dizia que não...O lado que dizia não era mais forte... eu realmente não tava mesmo... ai eu ficava pensando .. poxa se eu entrar na menopausa aí eu não vou ter mesmo, nunca mais vou realizar.. o que que ele vai pensar de mim..como é qe vai ser ...eu sou 5 anos mais velha ... todas essas coisas

entraram na minha cabeça... e acabou que aconteceu numa reconciliação da gente... a gente acabou se empolgando demais ... foi praticamente assim, numa relação dessas.....

Pesquisadora Que você engravidou...

FFPR em 7 anos que a gente tá junto que eu entrei em contato mesmo...com semem.. vamos dizer assim numa relação...foi a quarta vez .. uma vez qyue a camisinha estorou...foram muito poucas vezes...né.. e nessa....

Pesquisadora: E uma só foi suficiente. E só pra finalizar eu gostaria de saber de você de fazer o tratamento e a gestação... como que é pra você fazer o tratamento e estar gestante. O que você acha de relevante em fazer o tratamento...

FFPR De tomar os remédios?

Pesquisadora: Isso

FFPR Então.. outra coisa também que eu vou perguntar agora é o efeito dos remédios no nenem. Mas como no ultrassom eu vejo uma criança tão....ativa, tão ja é uma criança um pouco acima do tamanho normal...as vezeseu acho que pode ser que nao esteja acontecendo nada, pode ser que aconteça .. mas as coisas passam muito rapido na minha cabeça e eu ja esqueço...eu fico pensando ...

Pesquisadora Voce temessa preocupação...

FFPR Tenho mas nao dou sequencia para nao virar paranoia...eu penso... mas eu estou tomando os remedios, estou fazendo o tratamento. Pra criança.. ai eu penso mais do lado positivo...se a criança está desenvolvendo bem, parece que ela ouve sons né...ela ouve barulho né...porque quando ouve algum barulhinho ela se meche não é uma criança apatica..eu estranho quando ela para de se mecher.. se ela para de se mecher um pouco, , por exemplo.. agora ela está se mechendo...entao eu acho que .. eu nao fico pensando assim, senao eu me preocupo muito...é isso.

Pesquisadora Tem mais alguma coisa que você queira falar para contribuir, que você acha relevante nessa questão, da questao de ser portadora , de ser uma mulher, de estar gestante

FFPR Ah eu gostaria de ser mais positiva.. eu tenho uma preocupação muito grande em relação ainda a avo da minha filha, a minha mae, com o outro nene, porque eu nao contei, eu pesso pro meu filho nao contar pra ela, ela nao sabe. Eu tenho receio

dela querer fazer alguma coisa depois que essa criança nascer, eu não quero aproximação dela. Então eu vejo assim, problemas mas para frente, depois que essa criança nascer...eu gostaria de ter mais algumas coisas pra dizer mas eu me preocupo muito com isso, mas no momento assim é isso...

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Participante 8)

Dados de Prontuário

- Nome (iniciais): ILOM
- Data de Nascimento: 05/09/1967
- Escolaridade: ensino fundamental incompleto
- Estado civil: casada
- Número de dependentes: 2 filhos
- Soropositividade dos dependentes são soronegativos
- Numero de gestações e partos: 4G 1A 2P
- Profissão/Ocupação: do lar
- Tempo de diagnóstico da soropositividade ao HIV: + ou – 6 meses
- Como que você veio fazer o pré natal aqui no amigo.

Fui encaminhada pelo postinho do Jardim aeroporto.

- Como você esta sentindo (Alguma intercorrências) vem sendo o pré natal?

Tido bem. Já sinto o bebe mexer. Enjôo só tive no começo.

Entrevista

Evocação: “Antes de começarmos a entrevista, gostaria que você pensasse um pouco, em silêncio, sobre o que iremos conversar, ou seja, sobre:

Ser mulher e ter o HIV/

Ser gestante e ter o HIV/

Ser gestante e fazer o Tratamento.

Quando terminar me avise e assim começaremos. Tudo bem?”.

Enunciação: “Agora gostaria que você escrevesse, com suas próprias palavras, o que de mais importante você pensou sobre o que eu te pedi anteriormente. Escreva da forma que considerar melhor, ou seja, por extenso, por tópicos ou de qualquer outra forma, sinta-se a vontade quanto a escrita.”

Averiguação “Agora iremos conversar sobre o que você escreveu. Conforme combinamos, esta parte da conversa será gravada para que eu não esqueça nenhum detalhe importante do que você me disser. Caso haja alguma parte que você não queira que eu grave me avise pois, eu interrompo a gravação e só retorno

a gravar quando você me autorizar. Se você concordar, quando a sua fala não estiver sendo gravada, eu gostaria de fazer algumas anotações e te mostro depois o que foi escrito para ver se você concorda. Vamos começar?'

Podemos conversar

- SER MULHER e TER HIV.

Não fala (medo e vergonha) preconceito

- SER GESTANTE e TER HIV .

Pensa na questão da amamentação.

- SER GESTANTE e FAZER O TRATAMENTO.

È ruim. Toma a medicação como forma de proteção ao bebe.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Pesquisadora:Bem, ai voce a gente estava conversando quando você me falou né, quando eu te perguntei o que você achava importante em ser mulher e ter o HIV, você me falou que não é nada bom.

ILOM: Não isso não é bom, mas eu sou e continuo falando que eu sou uma pessoa saudável. Entendeu, eu creio em Deus acima de tudo. Eu temo e confio em Deus, então eu sou saudável. Eu não tenho nada. E isso tudo que eu estou falando é por jeová ... é a gloria do senhor Jesus. Pra glorificar o nome dele.

Pesquisadora:E quando você fala que não tem nada

ILOM:Eu digo que eu não tenho nada. E deus me falou que eu não tenho nada. E se ele falou,eu não não tenho, Entendeu.

Pesquisadora: Entendi. E o saudável você...estava falando que se sente saudavel.

ILOM:Eu me sinto e eu sou saudável. E sou, entendeu... a respeito de tomar os remédios, se os médicos mandou a gente tomar, a gente tem que tomar. Por obediência. Mas pra mim é igual a uma vitamina, é uma vitamina pra mim. Graças a Deus eu estou engordando...entendeu... graças a deus eu estou engordando...

Pesquisadora:Esses remédios não estão atrapalhando sua gestação.

ILOM:De jeito nenhum. Estao me deixando melhor ainda. Não ta fazendo efeito... ta fazendo efeito que eu estou engordando...no resto.

Pesquisadora: E você..falou que nunca pensou a respeito de ser gestante e ter o HIV.

ILOM:Ser gestante já.. já tive meus filhos, tudo...mas é claro que eu nunca imaginei, que isso poderia acontecer comigo, mas isso tudo é pra gloria do senhor, isso aí deus está me provando e eu acredito que eu estou aceitando, com a gloria de deus e eu vou passar por essa prova, eu vou passar cantando o hino da vitoria.Por isso também é pra gloria do senhor, né.

Pesquisadora: E você falou que nunca pensou de estar com o nenê, estar gestando e estar com o vírus. Você poderia me falar um pouquinho mais sobre isso

ILOM:Como é que eu vou te falar... Eu nunca pensei em estar com um bebe aqui dentro... sinceramente... eu não tenho o que falar porque sabe...nao sei, não tem o que falar...nao sei como te explicar , não sei como te falar...entendeu?

Pesquisadora: Entendi...Você se sente bem grávida e não se considera doente...

ILOM:Isso. Sou e continuo afirmando, eu sou uma pessoa saudável. Eu não tenho nada. Em nome de Jesus. Você entendeu?

Pesquisadora E você gostaria de colaborar de falar mais alguma coisa para que eu possa acrescentar para essas outras mães que a gente vai atender, você gostaria de fazer alguma colaboração, falar alguma coisa a mais.

ILOM:Pra outras mães que vocês vão atender? Eu gostaria sim, eu gostaria que elas confiassem em deus, que elas confiassem mesmo no senhor, que pro senhor, nós podemos tudo, todas as coisas. Que a palavra do senhor .. que a força vem dele. Entao que elas confiassem no senhor, e não desanimasse e seguisse, seguisse em frente. Em nome de Jesus, por que ele é o autor e confirmador da nossa fé. Só ele mesmo pra nos livrar desses mal que tá por ai...essas doenças... só isso.

Pesquisadora Muito obrigada

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Participante 9)

Dados de Prontuário

- Nome (iniciais): SSV
- Data de Nascimento: 15/04/1986
- Escolaridade: ensino fundamental incompleto
- Estado civil: solteira (vive com o companheiro há 1 ano)
- Número de dependentes: 1 filho
- Soropositividade dos dependentes é soronegativo
- Numero de gestações e partos: 2G 0A 1P
- Profissão/Ocupação: do lar
- Tempo de diagnóstico da soropositividade ao HIV: + ou – 1 ano
- Como que você veio fazer o pré natal aqui no amigo.

Fui encaminhada pelo AMIB.

- Como você esta sentindo (Alguma intercorrências) vem sendo o pré natal?

Não queria a gravidez. Foi por acaso mesmo

Entrevista

Evocação: “Antes de começarmos a entrevista, gostaria que você pensasse um pouco, em silêncio, sobre o que iremos conversar, ou seja, sobre:

Ser mulher e ter o HIV/

Ser gestante e ter o HIV/

Ser gestante e fazer o Tratamento.

Quando terminar me avise e assim começaremos. Tudo bem?”.

Enunciação: “Agora gostaria que você escrevesse, com suas próprias palavras, o que de mais importante você pensou sobre o que eu te pedi anteriormente. Escreva da forma que considerar melhor, ou seja, por extenso, por tópicos ou de qualquer outra forma, sinta-se a vontade quanto a escrita.”

Averiguação “Agora iremos conversar sobre o que você escreveu. Conforme combinamos, esta parte da conversa será gravada para que eu não esqueça nenhum detalhe importante do que você me disser. Caso haja alguma parte que você não queira que eu grave me avise pois, eu interrompo a gravação e só retorno

a gravar quando você me autorizar. Se você concordar, quando a sua fala não estiver sendo gravada, eu gostaria de fazer algumas anotações e te mostro depois o que foi escrito para ver se você concorda. Vamos começar?'

Podemos conversar

- SER MULHER e TER HIV.

Preconceito família

- SER GESTANTE e TER HIV .

Não queria

- SER GESTANTE e FAZER O TRATAMENTO.

Medo de passar o HIV pro bebê

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Pesquisadora:Então tá.. a gente tava falando nas coisas importantes NE de ser mulher e ter o HIV, você me falou a questão do preconceito, então me fala um pouquinho mais do que você acha do preconceito das pessoas

SSV: Eu acho que não aceita mesmo, se o povo saber, se um rapaz saber que você tem HIV ele não vai ficar com a gente, dele, da sua família também. Tem gente que não aceita

Pesquisadora:Você estava me falando que sua família não sabe

SSV:Minha família não sabe, mas também se souber dentro de casa eu não entro mais

Pesquisadora:E vboce tava falando também que prejudica o seu filho

SSV:Prejudica ele também, porque eles vão saber que eu tenho e ele também há de ter. ai eu falo que vai prejudicar mais a ele, NE. Ele não vai poder ter convívio com a família dele, NE

Pesquisadora:E você me disse que se sua família souber você não vai poder entrar mais dentro de casa. Me fala mais um pouquinho sobre isso

SSV É tudo preconceitoso mesmo, mesmo antes... na gravidez dele ainda , minha mãe, meu irmão falavam sobre isso. Ela fala, ela fala que quem tiver HIV perto dela não chega. Uma porque ela roí unha e ela tem medo que pegar e fica aí nessa historia falando sempre.

Pesquisadora:Então seu familiares, nem a sua irmã que mora aqui sabe.

SSV Não

Pesquisadora:A questão de ser gestante e ter o HIV vc me falou qye você tem medo de passar o HIV pro nenê, me fala um pouquinho a mais sobre isso

SSV Então, o meu medo é o medo de passar e depois acabar sofrendo com a criança. Depois ele ficar sofrendo do mesmo jeito que eu. Por que por mais que eu tenha eu ainda vou ter que continuar ainda o tratamento. Dai criança com o HIV pra mim seria um tumulto. . O resto da vida praticamente com essa doença pra mim é duro.

Pesquisadora:E terminando você falou que ser gestante e fazer o tratamento é a parte mais complicada. Então me fala um pouquinho dessa complicação

SSV Ahh. É que os remédios são muito ruim. Tem vez que o remédio nem desse. É a medicação pra mim que é o mais complicado.

Pesquisadora:Pelo fato da família não saber e você ter que tomar o remédio.

SSV Tem que tomar escondido dentro de casa, é bem complicado

Pesquisadora:Voce tem alguma coisa a mais que gostaria de acrescentar, alguma mensagem que você gostaria de passar pra outras gestantes, mães que tem o HIV, que você gostaria de compartilhar com elas

SSV Tomar cuidado mesmo, fazer o tratamento e saber cuidar do filhos dela, e achar que mais pra frente alguma coisa pode acontecer pro bem dela e muita força na luta

Pesquisadora:Obrigada

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Participante 10)

Dados de Prontuário

- Nome (iniciais): MCC
- Data de Nascimento: 26/02/1981
- Escolaridade: ensino médio incompleto
- Estado civil: solteira (vive com o companheiro há 1 ano)
- Número de dependentes: 1 filho
- Soropositividade dos dependentes é soronegativo
- Numero de gestações e partos: 2G 0A 1P
- Profissão/Ocupação: auxiliar de limpeza
- Tempo de diagnóstico da soropositividade ao HIV: + ou – 7 meses
- Como que você veio fazer o pré natal aqui no amigo.

Fui encaminhada pelo Posto Casa Grande.

- Como você esta sentindo (Alguma intercorrências) vem sendo o pré natal?

Tranquila

Entrevista

Evocação: “Antes de começarmos a entrevista, gostaria que você pensasse um pouco, em silêncio, sobre o que iremos conversar, ou seja, sobre:

Ser mulher e ter o HIV/

Ser gestante e ter o HIV/

Ser gestante e fazer o Tratamento.

Quando terminar me avise e assim começaremos. Tudo bem?”.

Enunciação: “Agora gostaria que você escrevesse, com suas próprias palavras, o que de mais importante você pensou sobre o que eu te pedi anteriormente. Escreva da forma que considerar melhor, ou seja, por extenso, por tópicos ou de qualquer outra forma, sinta-se a vontade quanto a escrita.”

Averiguação “Agora iremos conversar sobre o que você escreveu. Conforme combinamos, esta parte da conversa será gravada para que eu não esqueça nenhum detalhe importante do que você me disser. Caso haja alguma parte que você não queira que eu grave me avise pois, eu interrompo a gravação e só retorno

a gravar quando você me autorizar. Se você concordar, quando a sua fala não estiver sendo gravada, eu gostaria de fazer algumas anotações e te mostro depois o que foi escrito para ver se você concorda. Vamos começar?'

Podemos conversar

- SER MULHER e TER HIV.

Árido sabe. Mas ou familiares não. Nada de importante

- SER GESTANTE e TER HIV .

Fazer o pré natal certinho pela transmissão vertical e tomar o medicamento

- SER GESTANTE e FAZER O TRATAMENTO.

Nunca fez. Se não estivesse grávida não tomaria o coquetel por ter a carga viral baixa

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Pesquisadora:A gente conversou e você me falou que quando a gente estava conversando sobre o que você acha importante em ser mulher e ter HIV você me disse que não tem nada importante nisso. Você me explica um pouquinho mais?

MCC:Uai, pra mim não tem nada de importante, eu sei, eu to doente. O que tem de importante na doença. Pra mim nada

Pesquisadora:Entao fala um pouquinho mais dessa doença, que você acha que está doente

MCCAhh eu nem sinto que estou doente, eu nem sinto nada, não tenho sintoma nada, entendeu

Pesquisadora:E você me falou que ninguém sabe, so o seu marido sabe

MCCE a pessoa mais importante. Não tem porque ficar falando

Pesquisadora:E você falou do preconceito NE, pra que não haja preconceito você toma pra você, NE. Você não conta pra ninguém. Me fala um pouco mais dessa sua atitude

MCC nao é medo do preconceito. Eu acho que um motivo dessas coisas assim nao tem que sair falando. Nao tenho medo do preconceito

Pesquisadora: e esse preconceito voce deveria.. essa sua intencao de nao contar seria porque

MCC por isso. Eu acho que nao tem cabimento eu ficar falando. Isso nao é interesse pra ninguem. Nao tem cabimento eu sair assim falando

Pesquisadora: como se fosse uma outra doenca qualquer

MCC é pra mim é

Pesquisadora: e voce me falou da importancia de ser gestante e ter o HIV, você acha que o que é importante é fazer o pre natal certinho pra evitar que passa pro nenem.

MCC Pro nenem nao ter, né. Vai vim, ne.. eu acho que vai vim porque os medicos falaram que ha risco de vim mesmo tomando o remedio, mas pra mim o importante é isso, fazer o pre natal certinho, tomar o remedio. Tomar certinho pra nao passar pra ele

Pesquisadora: e essa questao de tomar o medicamento certinho voce tambem considera importante

MCC com certeza, muito importante, muito importante, pra nao toma..é como escovar os dentes, levanta e toma

Pesquisadora: e voce pensa na sua saude ou na saude do nenem?

MCC de nos dois, de nos dois. Na minha e na dela

Pesquisadora: e finalmente quando você fala em ser gestante e fazer o tratamento, voce falou que nunca fez o tratamento porque voce tem a carga viral muito baixa e se voce nao estivesse grávida voce nao precisaria tomar o coquetel. Entao esse tratamento que voce faz é so durante a gestação

MCC é que eu descobri agora nessa gravidez. E ai eu ja fui encaminhada pra ca e comecei a fazer ai aqui eles fizeram uns exames mais detalhados e falaram que se eu nao estivesse grávida eu nao precisar fazer o tratamento assim... tomar o coquetel, mas fazer o acompanhamento sim

Pesquisadora: e voce fai continuar fazer o acompanhamento depois que o seu nenem nascer, é isso que você está me falando

MCC isso

Pesquisadora: e voce tem mais alguma coisa que voce possa falar, pra contribuir com essas maes

MCC Nao, nao tenho o que falar, pra se cuidar, né. Pra tomar o remedio que agora nao tem mais outro jeito, nao tem uma vacina infelizmente. Tomar remedio e se cuidar. E a vacina seria uma boa, né. Tomar uma vacina pra curar a genteseria... nossa senhora.... um sonho

Pesquisadora: Muito obrigada

Apêndice D

LOCUÇÕES REFERENTES AS SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS

(Participante 1)

Item	Enunciação (corte)	Categoria Geral
SAC.1	“Como se eu não tivesse nada. Eu nunca tive nada assim. Tenho meu sistema, assim, muito bom. Não fico resfriada. Então eu levo a minha vida normal. Eu acho é que muito as pessoas elas acabam se entregando”	Ser mulher e ter HIV
SAC.2	“Eu não, eu levo minha vida normal, eu casei de novo. Conteí pro meu marido a situação. Ele aceitou.”	Ser mulher e ter HIV
SAC.3	“... Ele decidiu, a gente decidiu ter o filho. Conversei com a Dra.. Ela me deu outro método. Ai ele falou não, não foi assim que Deus deixou. Então é assim, é uma coisa, as vezes as pessoas não me entendem”	Ser mulher e ter HIV
SAC.4	“Eu levo minha vida tranquila. Faço tudo, assim, que eu tenho que fazer. Não. É que nem eu te falei,. Tenho uma vida muito assim. Eu não bebo, eu não fumo. Então pra mim é uma vida normal.”	Ser mulher e ter HIV
SAC.5	“Não me acho uma mulher diferente das outras. De forma alguma.”	Ser mulher e ter HIV
SAC.6	“...fiz o tratamento. Eu acho assim, como o tratamento de qualquer uma outra doença normal. Aí o médico mesmo ainda me falou que ela tinha que ter uma preparação na hora do parto. Ela não teve preparação nenhuma.... Mas não que eu vou me descuidar. Venho nos médicos, tudo, tudo que eles me mandam fazer eu faço.”	Ser mulher e ter HIV
SAC.7	“no começo eu achei assim que poderia ser muito arriscado né porque além de você estar colocando em risco a vida né de uma criança mas eu conversei muito assim com a médica então eu acho assim, se você seguir tem como”	Ser gestante e ter HIV
SAC.8	“Pra mim foi difícil mas não a doença era o medicamento pra mim tomar”	Ser gestante e ter HIV
SAC.9	“Se você fizer tudo aquilo que tá direitinho, evita um muita de coisas. Tanto é que minha filha não tem absolutamente nada	Ser gestante e ter HIV
SAC.10	“Essa gestação minha foi assim... A gente	Ser gestante e ter

	decidimos tudo. Falei com a Dra.. Antes deu vir aqui. Fiz os exames. Comecei a fazer. Comecei a tomar a medicação.”	HIV
SAC.11	“Super tranquila. Não tenho problema nenhum. Não tem nada assim, nada, nem com medicamento, não tive nada de anormal	Ser gestante e ter HIV
SAC.12	“Porque se você não seguir o tratamento mais pra frente ela (filha) pode ter né. Então eu acho que seguindo o tratamento, seguindo as orientações dos médicos não tem problema nenhum.”	Fazer o tratamento e ter o HIV
SAC.13	“mesmo que eu parei com os medicamentos, eu continuei tendo seguimento médico. Então sempre tem as orientações dos médicos.”	Fazer o tratamento e ter o HIV

(Participante 2)

Item	Enunciação (corte)	Categoria Geral
ACM.1	“horrible porque eu me sinto com preconceito da sociedade... que eu fico pensando mil besteiras, se tratam você bem ou não”	Ser mulher e ter HIV
ACM.2	“É porque elas quando nasce os bebês elas vão dar de mamã. E a gente não. Tem que dar de mamadeira pro nenê. E a vida fica horrível desse jeito.”	Ser mulher e ter HIV
ACM.3	“A gente se sente mais mãe. Mais protegida, protegendo o bebê. Agora a mamadeira... o NAN não é o mesmo tipo de leite da mãe, que é vitamina, tem sais minerais, tem um monte de coisa.”	Ser mulher e ter HIV
ACM.4	“Eu já me acostumei porque.. No começo eu não me acostumei não. Mas aí com o tempo eu fui me acostumando, a não entrar em depressão. Eu me acostumei, pra mim é normal.”	Ser gestante e ter HIV
ACM.5	“.. é porque eu fico com medo de falar.. você viu o fulano tá com HIV, não chega perto... aí credo, é horrível. Então com aquilo ali eu me sinto mal... Me afeta aquilo. Porque eu sei que eu tenho. Aí eu fico quieta, não falo nada, nem mal ou bem.. Eu falo: Ah, é verdade?! Coitado.”	Ser gestante e ter HIV
ACM.6	“Não... não porque ainda não senti na carne, na pele como que é... É eu procuro falar que eu tenho diabetes.”	Ser gestante e ter HIV
ACM.7	“Porque dizer que eu tomo uma bateria de remédios... eu falo que é... eu tiro os rótulos das coisas....	Fazer o tratamento e ter o HIV
ACM.8	Eu acho assim que...eu arrumei ele. Eu tenho que responsabilizar, pra ele vim com saúde... e perfeito. Eu peço pra Deus . Tem dia que eu entro meio em parafuso mas depois eu volto de novo, né	Fazer o tratamento e ter o HIV
ACM.9	Aí eu procuro tomar todos os remédios. Mesmo que não descem de manhã cedo os remédios eu empurro... Por conta do nenê. Se não eu não tomaria não	Fazer o tratamento e ter o HIV

(Participante 3)

Item	Enunciação (corte)	Categoria Geral
ACB.1	.. eu levo uma vida normal. Eu trabalho. A gente sai, eu meu marido, meu filho, a gente se diverte, vai em tudo lugar. Vai em barzinho. Eu nao bebo assim, né. Mas eu gosto. Saio, vou em show. Nao impede em nada	Ser mulher e ter HIV
ACB.2	É que eu lembro, é porque eu tenho que tomar os remédios, só. Mas fora isso, nao me impede nada, de fazer nada	Ser mulher e ter HIV
ACB.3	Voce tem é que viver, né.. De...Ficar pensando nisso agente até acaba morrendo mesmo... Achar que isso vai matar, eu nao acho.. Eu posso sair na rua e e morrer de uma hora pra outra...deus me livre	Ser mulher e ter HIV
ACB.4	Ahh nao penso assim, igual eu te falei: que é o HIV que vai tirar minha vida. Nunca pensei assim. Quando eu fiquei sabendo que eu era HIV, eu chorei, eu já pensei assim, amanha eu vou morrer. Mas nao é assim. Isso é outra coisa. Vive varios anos, e tem que estar com a cabeça boa, né	Ser mulher e ter HIV
ACB.5	Nao. Amigo assim, tenho bastante amigo mas ninguem sabe. Quem sabe é meu marido. Só familiares assim... só. Porque eu acho.. porque eu vou contar, as vezes a pessoa pode ter preconceito. Contar nao vai me ajudar nada. Pra que que eu vou contar	Ser mulher e ter HIV
ACB.6	Nao, tem que se cuidar né, por que eu era nova e nao sabia na epoca. Nao tinha tanta divulgacao. Foi em 90 e pouco, né. Nao tinha divulgacao.... Por que ele era mais velho que eu , né e eu nem lembrava. Namorava e nem lembrava que ia pegar. Tanto que quando minha mae falou que ele tava, né eu falei nao, né... Mas ai eu tive mesmo...	Ser mulher e ter HIV
ACB.7	Então, porque que ele (pai) falou que: Ah!!! E agora??? E se nascer??? Mas eu expliquei que num nasce porque .. Nao o Dr. Luiz que é meu médico lá falou tudo pra mim	Ser gestante e ter HIV
ACB.8	Nao tem ... a gente se cuidando não nasce assim...Mas ele tambem é assim, tem mais idade, né. Fica com medo né. Por que meu outro filho tambem....mas ele nao tem nada	Ser gestante e ter HIV
ACB.9	É. Nao dá pra amamentar. Mas eu amamentei meu filho, mas eu num sabia, né	Ser gestante e ter HIV

ACB.10	Mas agora eu queria amamentar sim . que eu entrei na internet e vi um site que pode... foi um site, que eu entrei na IG, e ai você clica lá e ai você clica lá né... sobre... no assunto lá e ai eu fiz.. ai eu cliquei e fui vendo né... Tinha varias perguntas . Ai eu fui na parte de gestante ai tava lá amamentação. E falava lá no site. Qu epode amamentar, nao corre risco assim. Porque é muito pequeno, principalmente quem tem indetectável, que nem eu	Ser gestante e ter HIV
ACB.11	Alguma coisa, sei lá é que eles (médicos) nao entendem que eu nao posso passar nada porque eu nunca fiquei doente nada, então	Fazer o tratamento e ter o HIV
ACB.12	Mas é bom assim sempre fazer um check up , né... eu faço, lá no centro de referencia. Eu vou vir aqui fazer o pre natal mas eu continuo lá, né	Fazer o tratamento e ter o HIV

(Participante 4)

Item	Enunciação (corte)	Categoria Geral
EBC.1	“Tem bastante né...E nem memso da minha familia, quase ninguem sabe. Entao...”	Ser mulher e ter HIV
EBC.2	“Ele e minha irmã. E foi ele que contou..ai você sabe...Ela tambem já ficou meio assim... Dai a gente briga , e ela joga na cara...”	Ser mulher e ter HIV
EBC.3	Do leite também, né. E e vai os outro fica perguntando porque que eu nao dou de mama...	Ser gestante e ter HIV
EBC.4	Eu falo que eu nao tenho leite. (choro)	Ser gestante e ter HIV
EBC.5	Mas eles falam que eles conhecem a gente pelo peito, né	Ser gestante e ter HIV
EBC.6	“É que é importante né. Importante pro nene...”	Fazer o tratamento e ter o HIV

(Participante 5)

Item	Enunciação (corte)	Categoria Geral
AS.1	Vergonha de ficar comentando com os outros. De ficarem falando por trás o que a gente tem. Porque sempre comentam né. Ah eu acho que é só.	Ser mulher e ter HIV
AS.2	Bobo, né, porque não tem nada a ver. Sou um ser humano igual ao que não tem o vírus	Ser mulher e ter HIV
AS.3	É . é preconceito dos outros, né	Ser mulher e ter HIV
AS.4	è porque às vezes eu vejo muié amamentando, sabe e a gente sente a vontade. E tem muié que pode amamentar e não dá. Mas eu como não posso por cause do vírus e tenho essa vontade e não posso né. E a amamentação eu acho que é um carinho de mãe pra filho. E eu já não posso ter isso daí e quem tem às vezes alguma não que dar, né	Ser gestante e ter HIV
AS.5	É muito remédio, né é dá ânsia de vomito. É muita coisa pra guardar na cabeça também, né. Tem a hora, tem que tomar na hora certa. Se perder aí é um risco que você corre, mesmo porque você pode pegar algum vírus. E é só.	Fazer o tratamento e ter o HIV

(Participante 6)

Item	Enunciação (corte)	Categoria Geral
6.6	“nossa minha mãe, meu pai até que no começo foi difícil aceitar mas hoje já me trata normal.”	Ser mulher e ter HIV
6.7	“minha mãe... é alicate de unha, gilete, essas coisas.. Então tira, né. Ai passado o tempo ela viu que eu nunca picotei pra tirar cutícula... a não ser que sangrasse eu tinha que tomar as providencias, né.”	Ser mulher e ter HIV
6.8	“família de parente é tipo, na casa da minha tia... ai fulano morreu de isso, é que ela falava... ai que o intestino se decompôs, eu ia no banheiro...saia alguma coisa anormal eu colocava na cabeça.. ai é meu intestino.. ficava igual doida”	Ser mulher e ter HIV
6.9	uma amiga minha que já tem a doença já, como a gente foi criada junta desde pequenininha, ai eu peguei e comentei com ela que eu tenho o vírus também, ... ai ela comentou com a rua inteira, aonde eu fui criada.”	Ser mulher e ter HIV
6.10	E ai minha família disse é você não pode ter mais filho que vai passar que não sei que lá. Eles vieram e falaram que esse vai nascer com problema e você também vai ter problema pode ser problema pra você e não sei que lá ai eu falei, só deus sabe. Ninguem sabe do meu futuro, ninguém sabe do dia de amanhã,	Ser gestante e ter HIV
6.1	“É que nem a amamentação, o leite passa, transmite o vírus, né..”	Ser gestante e ter HIV
6.2	“O pessoal na Mater, como eu não tinha acompanhamento eu tive lá. O problema foi tão preconceito lá dentro que lá na sala, que foi parto normal, né aí tava eu e uma moça na sala, ai mudaram eu e deixaram num quarto do lado	Ser gestante e ter HIV
6.3	“É isolaram e deixaram eu no quarto ei acho que eu tava no 21 parece com uma moça e na hora que souberam já me mudaram e colocaram sozinha.”	Ser gestante e ter HIV
6.4	“o bom foi que eu vim aqui, conheci varias mães que tinham, eu achava que só eu que tenho, ai eu falei graças a deus que tem esse monte de menina aqui. Fui na psicóloga, conversava com os médicos, a mente foi abrindo, ai eu vi que não é nada disso	Ser gestante e ter HIV
6.5	“Eu queria tanto ser mãe, dar mama, aí não pode dar mama. E tem muitas pessoas que não tem o problema. Então eu falei assim que tem	Ser gestante e ter HIV

	que pensar, bom pra criança que uma parte não passa doença pra ela e outra que fala que o seio murcha então eu vou levando.”	
6.11	“pra falar a verdade eu comecei com a medicação e eu vou ter que tomar, e o medico passou e dá reação essas coisas, ai faço o exame, e se tiver que tomar eu tomo um só Mas se não se cuidar, né.”	Fazer o tratamento e ter o HIV
6.12	“E depois fazendo bem pra criança. Que mal tem né, já que é bom pra mim e pra criança então é... seja o que deus quiser”	Fazer o tratamento e ter o HIV

(Participante 7)

Item	Enunciação (corte)	Categoria Geral
7.5	“mais o que me preocupa mais é o que tá mexendo comigo mesmo é começar tudo de novo... como mulher, como esposa, mãe... tudo..”	Ser mulher e ter HIV
7.6	“Ele queria muito e eu não. E a gente tinha um conflito. E eu me sentia um pouco culpada por não poder fazer e não querer fazer essa vontade dele. Eu gostaria que ele partilhasse comigo essa mesma vontade que eu tinha”	Ser mulher e ter HIV
7.7	“Ao mesmo tempo eu queria que isso acontecesse. É uma divisão, um lado meu dizia que sim, o outro dizia que não. O lado que dizia não era mais forte...”	Ser mulher e ter HIV
7.8	“Poxa se eu entrar na menopausa aí eu não vou ter mesmo, nunca mais vou realizar.O que ele vai pensar de mim? Como é que vai ser? Eu sou 5 anos mais velha. Todas essas coisas entraram na minha cabeça...”	Ser mulher e ter HIV
7.3	Tenho uma preocupação muito grande em relação ainda a avo da minha filha, a minha mae, com o outro nene, porque eu nao contei, eu peço pro meu filho nao contar pra ela, ela nao sabe. Eu tenho receio dela querer fazer alguma coisa depois que essa criança nascer, eu nao quero aproximação dela. Entao eu vejo assim, problemas mas para frente, depois que essa criança nascer...	Ser gestante e ter HIV
7.1	“A minha preocupação maior as vezes é, .eu falo muito pouco que eu estou pensando no HIV.. é .. eu estou assim segura de que não vai acontecer nada... provavelmente não aconteça nada eu não penso negativamente.”	Ser gestante e ter HIV

(Participante 8)

Item	Enunciação (corte)	Categoria Geral
8.1	“Não isso não é bom, mas eu sou e continuo falando que eu sou uma pessoa saudável. Entendeu, eu creio em Deus acima de tudo. Eu temo e confio em Deus, então eu sou saudável. Eu não tenho nada. E isso tudo que eu estou falando é a gloria do senhor Jesus. Pra glorificar o nome Dele”	Ser mulher e ter HIV
8.2	“Eu vou à igreja. E Deus me falou que eu não tenho nada. E se ele falou, eu não tenho, Entendeu”.	Ser mulher e ter HIV
8.3	“ Ser gestante... Já tive meus filhos, tudo...mas é claro que eu nunca imaginei, que isso poderia acontecer comigo, mas isso tudo é pra gloria do senhor. Isso aí é Deus está me provando e eu acredito que eu estou aceitando, com a gloria de deus e eu vou passar por essa prova, eu vou passar cantando o hino da vitoria.”	Ser gestante e ter HIV
8.4	“Como é que eu vou te falar... Eu nunca pensei em estar com um bebe aqui dentro... sinceramente... eu não tenho o que falar porque sabe...nao sei, não tem o que falar...nao sei como te explicar , não sei como te falar...entendeu.”	Ser gestante e ter HIV
8.5	“Eu me sinto e eu sou saudável. E sou, entendeu... a respeito de tomar os remédios, se os médicos mandou a gente tomar, a gente tem que tomar. Por obediência....	Fazer o Tratamento e ter HIV
8.6	Mas pra mim é igual a uma vitamina, é uma vitamina pra mim. Graças a Deus eu estou engordando...entendeu... graças a deus eu estou engordando	Fazer o Tratamento e ter HIV

(Participante 9)

Item	Enunciação (corte)	Categoria Geral
9.1	Eu acho que não aceita mesmo, se o povo saber, se um rapaz saber que você tem HIV ele não vai ficar com a gente, dele, da sua família também. Tem gente que não aceita”	Ser mulher e ter HIV
9.2	“Minha família não sabe, mas também se souber dentro de casa eu não entro mais”.	Ser mulher e ter HIV
9.3	Prejudica ele também, porque eles vão saber que eu tenho e ele também há de ter. ai eu falo que vai prejudicar mais a ele, NE. Ele não vai poder ter convívio com a família dele, NE	Ser gestante e ter HIV
9.4	“É tudo preconceitoso mesmo, mesmo antes... na gravidez dele ainda , minha mãe, meu irmão falavam sobre isso. Ela fala, ela fala que quem tiver HIV perto dela não chega. Uma porque ela roí unha e ela tem medo que pegar e fica aí nessa historia falando sempre	Ser gestante e ter HIV
9.5	“Então, o meu medo é o medo de passar e depois acabar sofrendo com a criança. Depois ele ficar sofrendo do mesmo jeito que eu. Por que por mais que eu tenha eu ainda vou ter que continuar ainda o tratamento. Dai criança com o HIV pra mim seria um tumulto. . O resto da vida praticamente com essa doença pra mim é duro....	Fazer o Tratamento e ter HIV
9.6	Ahh. É que os remédios são muito ruim. Tem vez que o remédio nem desse. É a medicação pra mim que é o mais complicado	Fazer o Tratamento e ter HIV

(Participante 10)

Item	Enunciação (corte)	Categoria Geral
10.1	“Uai, pra mim não tem nada de importante, eu sei, eu to doente. O que tem de importante na doença. Pra mim nada.... eu nem sinto que estou doente, eu nem sinto nada, não tenho sintoma nada, entendeu	Ser mulher e ter HIV
10.2	“Meu marido é a pessoa mais importante. Não tem porque ficar falando. nao é medo do preconceito. Eu acho que um motivo dessas coisas assim nao tem que sair falando. Nao tenho medo do preconceito”.	Ser gestante e ter HIV
10.3	é que eu descobri agora nessa gravidez. E ai eu ja fui encaminhada pra ca e comecei a fazer ai aqui eles fizeram uns exames mais detalhados e falaram que se eu nao estivesse grávida eu nao precisar fazer o tratamento assim... tomar o coquetel, mas fazer o acompanhamento sim	Fazer o Tratamento e ter HIV