

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

EVANGUELIA KOTZIAS ATHERINO DOS SANTOS

***A EXPRESSIVIDADE CORPORAL DO SER-MULHER/MÃE HIV
POSITIVA FRENTE À PRIVAÇÃO DO ATO DE
AMAMENTAR: A COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO PELA
ENFERMEIRA À LUZ DA TEORIA DA EXPRESSÃO DE
MERLEAU-PONTY.***

**FLORIANÓPOLIS - SC
2004**

EVANGUELIA KOTZIAS ATHERINO DOS SANTOS

***A EXPRESSIVIDADE CORPORAL DO SER-MULHER/MÃE
HIV POSITIVA FRENTE À PRIVAÇÃO DO ATO DE
AMAMENTAR: A COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO PELA
ENFERMEIRA À LUZ DA TEORIA DA EXPRESSÃO DE
MERLEAU-PONTY.***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem na Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

ORIENTADORA: DRA. ALACOQUE LORENZINI ERDMANN

**FLORIANÓPOLIS - SC
2004**

S237e Santos, Evangelia Kotzias Atherino dos

A expressividade corporal do ser-mulher/mãe HIV positiva frente à privação do ato de amamentar: a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria da expressão de Merleau-Ponty / Evangelia Kotzias Atherino dos Santos; orientador Alacoque Lorenzini Erdmann. - Florianópolis, 2004.
345 f. : il.

Tese (Doutorado)–Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Bibliografia: 295-310.

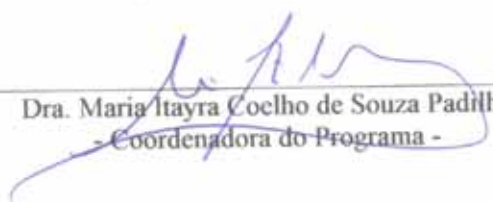
1. Enfermagem. 2. Soropositividade para HIV. 3. Aleitamento materno. I. Erdmann, Alacoque Lorenzini. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.
CDU616-083

EVANGUELIA KOTZIAS ATHERINO DOS SANTOS

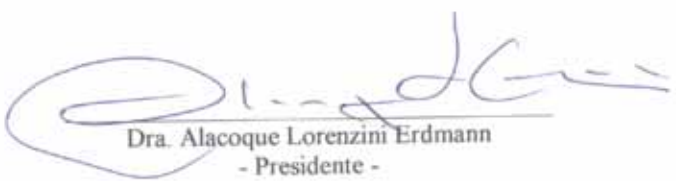
*A EXPRESSIVIDADE CORPORAL DO SER-MULHER/MÃE
HIV POSITIVA FRENTE À PRIVAÇÃO DO ATO DE
AMAMENTAR: A COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO PELA ENFERMEIRA À LUZ
DA TEORIA DA EXPRESSÃO DE MERLEAU-PONTY*

Esta tese foi aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Florianópolis, 27 de fevereiro de 2004

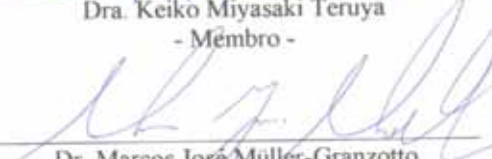

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
- Coordenadora do Programa -

BANCA EXAMINADORA:



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
- Presidente -



Dra. Keiko Miyasaki Teruya
- Membro -


Dra. Maria Helena Bittencourt Westrupp
- Membro -


Dr. Marcos José Müller-Granzotto
- Membro -


Dra. Isilia Aparecida Silva
- Membro -


Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves
- Suplente -


Dra. Ivete Palmira Sanson Zagonel
- Suplente -

D
Ó
I
O
C
O
R
A
Ç
Ã
O
D
A
G
E
N
T
E

Dói o coração da gente
A gente querer dar o peito,
Dar de mamar, amamentar,
E não poder dar...
É triste, é muito triste!
É uma coisa que dói, que machuca,
Dói lá dentro, dói muito, muito, muito!
É um peso na consciência,
Que faz a gente se sentir culpada,
Inferior, agoniada, diferente,
Frustrada, castrada e até impotente,
Menos mulher...

Dói o coração da gente,
A gente querer dar o peito,
Dar de mamar, amamentar,
E não poder dar...
É triste, é muito triste!
Um sonho pra quem nunca amamentou...
É a mesma coisa que querer namorar,
Ter o primeiro namorado,
É preciso ter, experimentar para sentir...
É como tirar um pedaço da gente,
Um pedaço da gente, que está indo pra sempre,
Isso dói, dói muito!

Dói o coração da gente,
A gente querer dar o peito,
Dar de mamar, amamentar,
E não poder dar...
É triste, é muito triste!
É uma prova de amor,
Que a gente tem que suportar,
Mas a gente sente falta, dá dor,
A sensação de um vazio muito grande...
É como se a gente não pudesse ajudar
Alguém que está precisando, sentindo fome,
Fome de alimento, de afeto, de amor,
E não poder saciar...

Por isso, meu irmão, minha irmã, quando você
Encontrar-me pelo mundo da vida e
Se deparar com meu corpo próprio,
Olhar para mim, lembre-se,
Lembre-se sempre que
Dói o coração da gente,
A gente querer dar o peito,
Dar de mamar, amamentar,
E não poder dar...
É triste, é muito triste!

Evanguelia

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais:

*Antes de tudo, pela possibilidade que me deram de existir,
pelos ensinamentos, as bases que me fizeram crescer...*

*Depois, pela liberdade que me deram em escolher meus
desafios e buscar meus sonhos...*

*Por último, e sempre, pela fonte inesgotável de carinho,
afeto e amor que me fazem sentir...*

ICONOMUS ATHERINO (meu pai) *in memoriam*
PARASQEVI KOTZIAS ATHERINO (minha mãe)
Minha grande admiração e eterna gratidão.

DEDICATÓRIA

Ao Danilo, meu querido esposo, parceiro inabalável, que, no convívio de 27 anos, soube, com sua sensibilidade, generosidade e nobreza de espírito, sempre me compreender, me apoiar e incentivar, possibilitando minha fusão de profissão e família, de ser-mulher e ser-mãe.

Ao Raphael, Michele e Mounique, nossos amados filhos, por terem me escolhido para ser sua mãe, mesmo sabendo que eu dedicaria grande parte de minha existência, ao cuidado de outros seres humanos.

À Maria Cláudia Alves, ao Marco Antonio Giacomelli e Douglas Arantes do Nascimento, os amores de nossos filhos, pelo apoio e carinho demonstrados.

AGRADECIMENTOS

Agradecer... No bom português, dizer obrigado. Em grego, diz-se *efkaristó*. Seja como for, será que este gesto ou simplesmente esta palavra é capaz de comportar o que desejo expressar neste momento tão especial de minha existência?

Sei que esta não é uma tarefa fácil, mas como ser vivente que sou, vivente que vê, que pode se ver e ser visível para si mesmo, que pode se ver vendo, que é visível no meio de outros seres visíveis que também são videntes e me vêem, que é visível e sensível ao mesmo tempo, um ser tátil, tocante, que tem o poder de tocar e de ser tocado, que é capaz de tocar-se, que é *um si* que se compreende no meio das coisas e está atado a um mundo, que tem um passado e um porvir que se fazem presentes no aqui e agora, eu não poderia deixar de fazê-lo.

A Deus, essa energia maravilhosa que sinto no meu corpo próprio e no meu corpo circundante.

A todas as mulheres/mães, as minhas deusas gregas, que me permitiram invadir a espacialidade e temporalidade dos seus seres, abrindo-me seus corpos-próprios, possibilitando, pelo milagre da expressão, a realização deste estudo. A vocês, todo o meu carinho, a minha gratidão, o meu profundo respeito e admiração. Quero agradecer também pela oportunidade de aprendizagem, e dos crescimentos pessoal e profissional que me foi proporcionado ao participar deste estudo. Com vocês aprendi, na prática, um pouco do que Merleau-Ponty nos ensinou: *é preciso aprender a ver o mundo*.

À Professora Doutora **Alacoque Lorenzini Erdmann**, minha orientadora e grande incentivadora, pela forma atenciosa, competente, dedicada, sensível e amiga como me acolheu desde o ingresso no Curso de Doutorado, perpassando por todos os períodos que o sucederam, e, muito especialmente, quando, em circunstâncias atípicas, aceitou-me como orientanda. Além dos momentos de reflexão e discussão, pelas ricas sugestões, e contribuições sempre permeadas com sua atitude de estímulo e preocupação generosa de transmitir-me seus conhecimentos, a minha eterna gratidão.

Ao Professor Doutor **Marcos José Müller-Granzotto**, filósofo apaixonado, sábio e sensível, pela participação na banca examinadora e, por toda a atenção que me dispensou ao longo do Curso, bem como na elaboração do projeto, dirigindo-me sempre suas palavras de incentivo e de reflexão, cedendo-me seu tempo, seus preciosos conhecimentos na área da Filosofia, e, mais especificamente, no que se refere à teoria fenomenológica da expressão de Merleau-Ponty, os meus profundos agradecimentos.

À Professora Doutora **Maria Helena Bittencourt Westrupp**, pela participação na banca examinadora e pelo estímulo e valiosas contribuições ao estudo, acerca da problemática do HIV/AIDS. Quero também lhe agradecer pela doação da imagem de uma mulher/mãe amamentando, trabalhada em terracota, feita por uma mulher/mãe HIV positivo que estava impossibilitada de amamentar, quando eu nem pensava na realização do presente estudo, e que tomei emprestada para simbolizar os temas, significando e (re)significando a privação do ato de amamentar expresso pelos sujeitos significativos do presente estudo.

À Professora Doutora **Lúcia Hisako Takase Gonçalves**, mais uma vez pela participação na banca examinadora e pela atenção, confiança, incentivo e contribuições ao estudo.

À Professora Doutora **Keiko Miyasaki Teruya**, minha “amiga do peito”, ser humano maravilhoso que tive o privilégio de conhecer nesta minha existência e poder compartilhar momentos de rica aprendizagem na área da amamentação. Agradeço também pela participação na banca examinadora e pelas valiosas contribuições ao estudo.

Às Professoras Doutoras **Isilia Aparecida Silva** e **Ivete Zagonel**, pela participação na banca examinadora e contribuições valiosas ao estudo.

À Professora Doutora **Eloita Pereira Neves**, pelo apoio e orientação que me dispensou no início deste estudo e pelas contribuições valiosas na fase de elaboração do projeto.

Às Doutoradas **Marina Ferreira Rea** e **Tereza Toma**, do Instituto de Saúde de São Paulo, pelo apoio, indicação e envio constante de material bibliográfico referente ao tema do estudo. Também agradeço à Doutora **Marina** pelo privilégio que me concedeu em participar do I Curso de Aconselhamento em HIV e Alimentação Infantil, o primeiro realizado no Brasil e América Latina.

Ao Professor Doutor **Egberto Ribeiro Turato**, pela gentil e rica oportunidade que me concedeu em trocar idéias pessoalmente acerca de conteúdos relacionados à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa, por ocasião do lançamento do seu livro em Florianópolis, SC.

À ex-Coordenadora da área de aleitamento materno do Ministério da Saúde, Nutricionista **Maria de Fátima Moura de Araújo**, por todas as oportunidades que me proporcionou em poder contribuir com as ações pró-aleitamento no Brasil. Quero também agradecer à sua competente equipe.

A todos os colegas consultores do Ministério da Saúde da área de aleitamento materno, pelo convívio solidário e amigo, pelas oportunidades de crescimentos profissional e pessoal e, em especial, às Doutoradas(es) **Maria Inês Couto de Oliveira**, **Ívis Emília de Oliveira Souza**, **Sonia Maria Salviano Matos de Alencar**, **Keiko Miyasaki Teruya**, **Zuleika Thomson**, **Maria José Mattar**, **João Aprígio Guerra Almeida**, **Franz Reis Novac** e **Vilneide Maria Barros Braga Serva**.

Ao ex-Governador **Esperidião Amin Helou Filho**, à Prefeita **Angela R. Heinzen Amin Helou** e ao ex-Secretário de Estado da Saúde, **João José Cândido da Silva**, pelo apoio e voto de confiança que em mim depositaram, conduzindo-me à Direção Geral da Maternidade Carmela Dutra e à Coordenação do Programa da Saúde da Mulher e da Criança do Estado de Santa Catarina, cuja mudança de percurso no meu caminhar, permitiu-me a tomada de consciência sobre a importância de investigar a problemática da privação do ato de amamentar para o ser-mulher/mãe HIV positiva.

À Enfermeira **Odete Back**, pelo apoio constante, disponibilidade, incentivo e troca de idéias durante a realização do presente estudo.

À **Luzia dos Santos**, não só pelo apoio logístico desde o projeto de qualificação, mas sobretudo pela maneira especial, competente, disponível, paciente e amiga com que realizou as difíceis tarefas de organização, formatação e parte da apresentação do presente trabalho.

À Rede IBFAN Brasil – *International Baby Food Action Network*, na pessoa de sua Coordenadora Nacional **Maria Jose Gonçalves**, e a todos *ibfaners*, indistintamente, parceiros (as) de luta em defesa da amamentação, pelas oportunidades de troca e aprendizagem constantes.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, representado por suas Coordenadora Professora Doutora **Maria Itayra Coelho de Souza Padilha** e Subcoordenadora Professora Doutora **Marta Lenize do Prado**, e a todos os docentes do Curso de Doutorado, bem como aos seus colaboradores, servidores, bolsistas e técnicos de informática, pela parcela com que cada um, a seu modo, contribuiu para a concretização deste sonho. Agradeço de modo especial ao **Jorge Siqueira** e à **Cláudia Crespi Garcia Orsini**.

Às colegas docentes da disciplina de Enfermagem Obstétrica e Neonatológica **Marisa Monticelli, Vitória R. G. Petters, Odalea Maria Brüggmann, Maria Emília de Oliveira, Suzana Ramos Koerich, Telma Elisa Carraro, Ana Maria F. Nunes Mendes e Roberta Costa** pelas demonstrações de amizade e incentivo.

A todos os alunos e alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, por revitalizarem constantemente em mim a necessidade de buscar novos desafios e conhecimentos.

A todos (as) os (as) colegas do Curso de Doutorado, pela amizade, solidariedade, auxílio e apoio demonstrados, em especial às Professoras Doutoras **Neusa de Queiroz Santos, Eliane Regina P. Nascimento, Marisa Monticelli, Ica Alonso, Kenya S. Reibnitz e Betina Meirelles**.

Ao colega do curso de Fenomenologia, Gestalt e Psicoterapia, mestrando em Filosofia, **Fernando Maurício da Silva**, pelo apoio, troca de idéias e incentivo constantes.

À Direção Geral, Gerência de Enfermagem e setores servidores das unidades de internação do alojamento conjunto e Banco de Leite das “Maternidades” “Alfa” e “Beta”, pela oportunidade que me deram abrindo suas portas para a realização do presente estudo, e, em especial, às servidoras **Zulma Zilá de Ventura, Roseléia C. Araújo, Elenice Alzira da Silva, Eneli de Souza Mattos, Maria Gorete Garcez** e às Enfermeiras **Luciana Harger e Eliana Wiggers**, pela atenção que me dispensaram durante sua realização.

A todo corpo funcional da Maternidade Carmela Dutra, Fpolis, SC pelas oportunidades de crescimento pessoal e profissional ao longo de 27 anos de convívio, e em especial às Enfermeiras **Margaret Hasse, Sonia Maria de Castilhos, Odete Back e Neli Canassa**.

À **Terezinha da Silva**, da Maternidade Carmela Dutra, ser humano maravilhoso, cuja presença no meu caminhar foi suporte e amparo, dando-me sempre a tranquilidade e a certeza de que teria uma mão amiga nos momentos necessários.

À **Comissão de Ética em Pesquisa** da Maternidade “Alfa”, representada pela sua Presidente Doutora **Dolores Bez Canela**, e à Médica **Ana Luiza Curi Hallal**, pela agilidade com que analisaram e aprovaram o projeto de pesquisa, possibilitando o seu início em tempo hábil.

Ao Doutor **Savas Apóstolo Pítsica**, pela troca de idéias helênicas e pela atenção especial que me dispensou no transcurso deste estudo.

Ao **Secretário de Saúde do município de Florianópolis, SC**, Doutor **Manoel Américo Barros Filho**, pelo pronto atendimento à solicitação feita para acessar ao Centro de Saúde de Referência em DST/AIDS, no início da realização do estudo.

À equipe técnica da **Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde – Brasil**, e em especial às Doutoradas **Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos** e **Mie Okamura**, pela atenção e apoio demonstrados.

À equipe da **Gerência de DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde – SC**, e em especial às Assistentes Sociais **Gladis Helena da Silva Martinez** e **Iraci Batista da Silva** e à Enfermeira **Ana Maria Henrique Martins Costa**, pela atenção e apoio constantes no fornecimento de dados, material bibliográfico e informações gerais acerca da situação do HIV/AIDS no Estado de Santa Catarina.

À equipe da **Gerência de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, SC**, e em especial à Enfermeira **Sonia Maria Polidório Pereira**, pela atenção e o apoio dispensados durante a realização do estudo.

À equipe do **Ambulatório de DST/AIDS e Hospital Dia do Hospital Infantil Joana de Gusmão**, Fpolis, SC pelo apoio e atenção demonstrados durante o acompanhamento das mães e de suas crianças nas primeiras consultas.

Às Médicas **Mariette van de S. Silveira**, do Hospital Nereu Ramos, **Andréia Borges**, da Maternidade Carmela Dutra, **Susana Wainstein** e Enfermeira **Maritza Regina Stuart**, do Centro de Saúde II, pela atenção dispensada durante a realização do estudo.

À **Liliane Pereira Baião Silva** pela maneira sensível, primorosa e amorosa com que preparou a apresentação deste estudo por ocasião da sustentação pública.

Aos meus queridos irmãos **Jorge Atherino**, **Maria Atherino Neves** e **Christiane Kotzias Atherino**, pelos laços fraternos que nos unem, pelo estímulo, apoio e pelas demonstrações de carinho durante a jornada da vida e a realização deste estudo.

À Dona **Erna de Castilhos** e ao Doutor **Norton Mário Silveira de Souza** (*in memoriam*) que mesmo habitando os jardins de Deus, se fizeram presentes em energia, dando-me coragem, persistência e motivação na condução do presente estudo.

Às minhas “irmãs” espirituais **Rita de Cássia Heinzen Almeida Coelho** e **Helena Kotzias Cinnante**, pelas constantes palavras de estímulo, pelos telefonemas nas horas certas, pela troca de idéias e pelo apoio autêntico e amigo.

Ao Professor **Fernando José Wolkmer**, pelas traduções competentes e pontuais que facilitaram o desenvolvimento deste estudo.

Ao Consultor Jurídico e Presidente da FAÇA, **Sandro Eduardo Sarda**, e à Assistente Social **Maria de Lourdes Sardá**, respectivamente, pela especial atenção a mim dispensada no transcurso do trabalho.

À coordenadora do Programa capital Criança, **Alba Maria Tavares**, e à médica **Leonice Tobias**, pelo apoio e estímulo constantes.

A todos aqueles que de algum modo torceram por mim, contribuindo direta ou indiretamente com este estudo e com a realização deste grande sonho, e que não foram mencionados, o meu **muito obrigado**.

RESUMO

SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos. **A expressividade corporal do ser mulher/mãe HIV positiva frente à privação do ato de amamentar: a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria da expressão de Merleau-Ponty.** 2004. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2004.

Motivada por inquietações e pré-reflexões iniciais advindas da minha experiência vivida como enfermeira docente-assistencial na área de amamentação, procurei aproximar-me da compreensão do significado da privação do ato de amamentar para o ser-mulher/mãe HIV positiva. Para tal empreendimento, busquei iluminação teórica na corrente filosófica denominada fenomenologia, mais especificamente na teoria fenomenológica da expressão de Maurice Merleau-Ponty, e suporte metodológico na fenomenologia hermenêutica de Max van Manen. Visando a alcançar o objetivo do estudo, aproximei-me intencionalmente de 24 mulheres/mães HIV positivas com idade compreendida entre 18 e 35 anos, e que se encontravam internadas em duas maternidades públicas da Grande Florianópolis, SC, no período de julho a novembro de 2003, constituindo-se estas, nos sujeitos significativos que compuseram o universo estudado. Desta aproximação, viabilizada por meio de encontros autenticamente existenciais, nutridos pelo diálogo, pela ética e respeito mútuos, obtive descrições experienciais expressas corporeamente pelas mesmas, que foram substancialmente enriquecidas pelas observações no campo. A análise estrutural do conjunto de dados obtidos, configurados sob a forma de unidades temáticas e temas essenciais, permitiu-me desvelar três significados que se apresentaram em torno de um significado central, que foram compreendidos como: **percebendo-se como ser-mulher: *eu sou o tipo de pessoa que não faz mal a ninguém***; **percebendo-se como ser-mãe: *eu sou muito mãezona***; **percebendo-se como ser-mulher/mãe HIV positiva: *a gente nunca imagina que isso pode acontecer com a gente***; e **percebendo-se como ser-mulher/mãe privada do ato de amamentar: *dói o coração da gente, a gente querer dar o peito, dar de mamar e não poder dar***, respectivamente. Em torno do significado central do estudo emergiram os seguintes temas essenciais: **atribuindo significado à amamentação: *(re)tomando vivências anteriores***; **percebendo o leite secretado pelo seu corpo: *o meu leite é normal, mas ele não é normal***; e **quando mentir é preciso: *o meu leite não desceu, eu não tenho leite***; **de preferência sem faixa, não usar faixa: *isso tem que acabar!***; **tendo que alimentar o filho com outro leite: *percepções e movimentos na espacialidade do alojamento conjunto***; **ressignificando a amamentação: *já que eu não posso amamentar, eu vou dar mais carinho, mais atenção – amamentação simbólica***. Tais significados, desdobrados em vários temas essenciais, mostraram-se sob a forma de uma rede, onde aparecem intimamente relacionados, formando um todo integrado e, no conjunto, comportam a expressividade corporal do ser-mulher/mãe frente à privação do ato de amamentar. Embora estejam circunscritos em um universo bastante restrito, se constituem em subsídios valiosos para a compreensão do significado da privação do ato de amamentar para o ser-mulher/mãe HIV positiva, trazendo, deste modo, contribuições importantes não só para a formulação de políticas públicas, como também para a assistência, o ensino, a pesquisa e o saber de Enfermagem de modo geral.

Palavras-chave: ser-mulher/mãe, amamentação, HIV/AIDS, fenomenologia, Enfermagem.

ABSTRACT

THE CORPOREAL EXPRESSIVITY OF THE HIV POSITIVE WOMAN/MOTHER ROLE IN FACE OF THE IMPOSSIBILITY OF BREASTFEEDING: THE UNDERSTANDING OF THE MEANING BY THE NURSE IN LIGHT OF THE EXPRESSION THEORY.

Motivated by inquietudes and initial pre-reflections that originated from my experiences as a teacher and assistance nurse in the breastfeeding area, I tried to come closer to the understanding of the meaning of the impossibility of breastfeeding for the HIV positive woman/mother role. For such venture I sought for theoretical enlightenment in the philosophical line denominated phenomenology, more specifically the phenomenological theory of expression of Maurice Merleau-Ponty, and methodological support in the hermeneutic phenomenology of Max van Manen. Aiming to reach the objective of the study, I intentionally approximated myself to 24 HIV positive women/mothers with age between 18 and 35, that were interned in two public maternities of the Greater Area of Florianópolis, SC, during the period of July to November of 2003, being these the significant subjects that composed the universe studied. From this approximation, made possible by means of authentic existential meetings, nurtured by dialogue, ethics and mutual respect I obtained experience descriptions expressed corporeally by the women themselves, which were substantially enriched by field observations. The structural analysis of the data obtained, configured in the pattern of thematic units and essential themes allowed me to unveil three meanings that were presented around a central meaning that were comprehended as: **perceiving oneself as a woman being: *I'm the kind of person that not do any harm to people***; **perceiving oneself as mother being: *I'm a mom (I am very "motherly")***; **perceiving oneself as a woman/mother being deprived of the act of breastfeeding: *it breaks my heart to want to breastfeed and not be able to***, respectively. Several essential themes emerged around the central meaning of the study: **attributing a meaning to breastfeeding: *(re)taking previous experiences***; **perceiving the milk secreted by one's body: *my milk is normal, but it is not normal***; **and when lying is necessary: *my milk did not come, I don't have any milk; preferably without a band, not wearing a band: *this has to end!****; **having to feed the baby with another milk: *perceptions and movements in the spatiality of the group lodgings***; **re-signifying breastfeeding: *since I can't breastfeed I will give him more attention, extra care – symbolic breastfeeding***. Such meanings, unfolded into several essential themes were demonstrated in a pattern of an intricate network, where they appear intimately related to one another, forming an integrated whole and in the group comport the corporeal expressivity of the HIV positive woman/mother being deprived of the act of breastfeeding. Although they are circumscribed within a very restricted universe, they become valuable subsidies for the understanding of the meaning of the impossibility of breastfeeding for the HIV positive woman/mother being, offering important contributions not only for the formulation of public policies, as well as also for the assistance, teaching research and knowledge of Nursing in general.

Key words: woman/mother being, breastfeeding, HIV/AIDS, phenomenology, Nursing.

RESUMEN

LA EXPRESIVIDAD CORPORAL DEL SER MUJER/MADRE VIH POSITIVA FRENTE A LA PRIVACIÓN DEL ACTO DE AMAMANTAR: LA COMPRENSIÓN DEL SIGNIFICADO POR LA ENFERMERA SEGÚN LA TEORÍA DE LA EXPRESIÓN DE MERLEAU-PONTY.

Motivada por inquietaciones y pre-reflexiones iniciales provenientes de mi experiencia vivida como enfermera docente-asistencial en el área de amamantamiento, intenté aproximarme hacia la comprensión del significado en la privación del acto de amamantar para el ser-mujer/madre VIH positiva. Para tal emprendimiento, busqué iluminación teórica en la corriente filosófica denominada fenomenología, más específicamente en la teoría fenomenológica de la expresión de Maurice Merleau-Ponty, y el soporte metodológico en la fenomenología-hermenéutica de Max van Manen. Procurando alcanzar el objetivo del estudio, me aproximé intencionalmente de 24 mujeres/madres VIH positivas con edad comprendida entre 18 y 35 años, el cual se encontraban internadas en dos maternidades públicas de la Grande Florianópolis, SC, en el período de julio a noviembre del 2003, constituyéndose estas en los sujetos significativos que conformaron el universo estudiado. De esta aproximación, viabilizada a través de encuentros auténticamente existenciales, alimentados por el diálogo, la ética y el respeto mutuo, obtuve descripciones experienciales expresadas corporeamente por las mismas, que fueron sustancialmente enriquecidas por las observaciones en el campo. El análisis estructural del conjunto de datos obtenidos, configurados sobre la forma de unidades temáticas y temas esenciales, me permitió desvelar tres significados que se presentaron en torno a un significado central que fueron comprendidos como: **percibiéndose como ser-mujer: yo soy el tipo de persona que no hace mal a nadie**; **percibiéndose como ser-madre: yo soy mucho una madrecita**; **percibiéndose como ser-mujer/madre VIH positiva: la gente nunca imagina que eso puede suceder con la gente**; y **percibiéndose como ser-mujer/madre privada del acto de amamantar: duele el corazón de la gente al querer dar el pecho, dar de mamar y no poder dar**; respectivamente. En torno del significado central del estudio emergieron los siguientes temas esenciales: **atribuyendo significado a la amamantación: (re)tomando vivencias anteriores**; **percibiendo la leche secretada por su cuerpo: mi leche es normal, pero el no es normal**; y **cuando es preciso mentir: mi leche no cayó, yo no tengo leche**; **de preferencia sin faja, no usar faja: eso tiene que acabar!**; **teniendo que alimentar al hijo con otra leche: percepciones y movimientos en la espacialidad del alojamiento conjunto**; **re-significando la amamantación: ya que yo no puedo amamantar yo voy a dar más cariño, más atención** – **amamantación simbólica**. Tales significados, desdoblados en varios temas esenciales, se mostraron sobre la forma de una red, donde aparecen intimamente relacionados, formando un todo integrado y en su conjunto, comportan la expresividad corporal del ser-mujer/madre frente a la privación del acto de amamantar. No obstante se encuentren circunscritos en un universo bastante restricto, se constituyen en subsidios valiosos para la comprensión del significado de la privación del acto de amamantar para el ser-mujer/madre VIH positiva, trayendo de esta manera contribuciones importantes no sólo para la formulación de políticas públicas, como también para la asistencia, la educación, la investigación y el saber de Enfermería de modo general.

Palabras-clave: ser-mujer/madre, amamantamiento, VIH/SIDA, fenomenología, Enfermería.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	
O EMERGIR DA TEMÁTICA: DAS PRÉ-REFLEXÕES À QUESTÃO NORTEADORA DO ESTUDO.....	18
CAPÍTULO 2	
O SER-MULHER/MÃE E O FENÔMENO ALEITAMENTO MATERNO: MEUS COMPANHEIROS DE TRAJETÓRIA EXISTENCIAL.....	33
CAPÍTULO 3	
UM OLHAR NA LITERATURA: O SABER EXISTENTE QUE CIRCUNDA O FENÔMENO DO ESTUDO.....	49
3.1 O FENÔMENO HIV/AIDS: ASPECTOS GERAIS.....	49
3.1.1 O fenômeno HIV/AIDS: sua origem e evolução história.....	49
3.1.2 O fenômeno HIV/AIDS no tempo e no espaço da existência do ser-mulher.....	56
3.1.3 Ser-mulher, HIV/AIDS e amamentação: situação atual.....	61
3.1.4 A transmissão do HIV/AIDS através da amamentação.....	61
3.1.4.1 Mecanismos de transmissão do HIV/AIDS através da amamentação.....	62
3.1.4.2 Taxas de transmissão do HIV/AIDS através da amamentação.....	62
3.1.4.3 O momento da transmissão pós-natal através da amamentação.....	64
3.1.4.4 Transmissão do HIV/AIDS e amamentação: situação atual e perspectivas futuras.....	65
3.1.5 O ser-mulher/mãe e o fenômeno da amamentação: estudos sobre o significado de amamentar.....	67
CAPÍTULO 4	
EM BUSCA DE UMA ILUMINAÇÃO TEÓRICA: A TEORIA FENOMENOLÓGICA DA EXPRESSÃO COMO REFERENCIAL.....	70
4.1 A FENOMENOLOGIA ENQUANTO REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO.....	70
4.1.1 Fenomenologia: uma breve revisão histórica.....	71
4.1.2 Fenomenologia e sua contribuição para as bases epistemológicas e ontológicas da Enfermagem: breves considerações.....	80
4.2 MAURICE MERLEAU-PONTY E A TEORIA FENOMENOLÓGICA DA EXPRESSÃO.....	83
4.2.1 Crítica merleau-pontyana ao naturalismo das teorias do corpo próprio desenvolvidas pela tradição cartesiana.....	84
4.2.2 Interpretação merleau-pontyana do conceito fenomenológico de corpo próprio.....	90
4.2.3 Descrição da experiência do corpo próprio: da expressividade linguística ao corpo como matriz expressiva.....	92
4.2.4 A expressão como estruturação temporal da experiência corporal.....	95
4.2.5 A estruturação temporal da experiência corporal e constituição da subjetividade.....	96
4.2.6 A noção de intersubjetividade em Merleau-Ponty.....	97
CAPÍTULO 5	
ESCOLHENDO UM CAMINHO: O MUNDO DA VIDA COMO PONTO DE PARTIDA.....	101
5.1 MAX VAN MANEN E AS BASES FILOSÓFICAS DO PENSAMENTO FENOMENOLÓGICO QUE LHESS DERAM SUSTENTAÇÃO.....	101
5.1.1 A pesquisa fenomenológica é o estudo da experiência vivida.....	103
5.1.2 A pesquisa fenomenológica busca compreender os fenômenos na forma como eles se apresentam.....	103
5.1.3 A pesquisa fenomenológica é o estudo das essências.....	104
5.1.4 A pesquisa fenomenológica é a descrição dos significados experienciais, do modo como os vivemos.....	104
5.1.5 A pesquisa fenomenológica é o estudo científico do fenômeno humano.....	105
5.1.6 A pesquisa fenomenológica é a prática atenta de cuidado.....	105
5.1.7 A pesquisa fenomenológica é uma busca daquilo que é significativo para o ser humano.....	106

5.1.8 A pesquisa fenomenológica é uma atividade poetizadora.....	106
5.2 A ESTRUTURA METODOLÓGICA DE PESQUISA FENOMENOLÓGICO-HERMENÊUTICA PROPOSTA POR VAN MANEN.....	107

CAPÍTULO 6

VOLTANDO-ME PARA A NATUREZA DA EXPERIÊNCIA VIVIDA: DESCREVENDO O ITINERÁRIO DA PESQUISA PASSO-A- PASSO.....	108
6.1 VOLTANDO-ME PARA A EXPERIÊNCIA VIVIDA.....	108
6.1.1 Selecionando o fenômeno estudado.....	108
6.1.2 Selecionando a perspectiva de estudo do fenômeno.....	110
6.1.3 Selecionando o contexto onde se dá o fenômeno.....	113
6.1.4 Selecionando os sujeitos significativos do estudo.....	115
6.2 INVESTIGANDO A EXPERIÊNCIA VIVIDA.....	116
6.2.1 Entrando no contexto do estudo.....	117
6.2.2 Obtendo as descrições experienciais.....	122
6.3 DESENVOLVENDO A REFLEXÃO FENOMENOLÓGICO-HERMENÊUTICA.....	127
6.3.1 Desenvolvendo a reflexão fenomenológico-hermenêutica.....	127
6.4 DESENVOLVENDO A ESCRITA FENOMENOLÓGICA.....	137
6.5 MANTENDO UMA RELAÇÃO FORTE E ORIENTADA PARA O FENÔMENO.....	138
6.6 EQUILIBRANDO O CONTEXTO DO ESTUDO LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO AS PARTES E O TODO.....	139
6.7 DESCREVENDO OS COMPONENTES ÉTICOS DO ESTUDO.....	139

CAPÍTULO 7

A EXPRESSIVIDADE CORPORAL DO SER-MULHER/MÃE HIV POSITIVA FRENTE À PRIVAÇÃO DO ATO DE AMAMENTAR: DESVELANDO O SIGNIFICADO.....	143
7. 1 O SER DO FENÔMENO: O CORPO VIVIDO COMO ESPAÇO EXPRESSIVO.....	145
7.1.1 Conhecendo os sujeitos significativos do estudo: as deusas gregas.....	145
7.1.1.1 Descrição geral do universo estudado.....	147
7.1.2 O ser-mulher/mãe: características reprodutivas.....	149
7.2 DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS ÔNTICAS E PSICOFÍSICAS.....	153
7.2.1 Percebendo-se como ser-mulher, ser-mãe e ser-mulher/mãe HIV positiva.....	153
7.3 PERCEBENDO-SE COMO SER-MULHER: <i>eu sou o tipo de pessoa que não faz mal a ninguém</i>.....	207
7.4 PERCEBENDO-SE COMO SER-MÃE: <i>eu sou muito mãezona</i>.....	212
7.4.1 Definindo o que é ser boa mãe, <i>mãe coruja/corujona/mãezona</i> e mãe protetora.....	215
7.4.2 Expressando sentimentos pelo filho e pela condição de ser mãe.....	216
7.4.3 Percebendo mudanças com a chegada do filho.....	217
7.5 PERCEBENDO-SE COMO SER-MULHER/MÃE HIV POSITIVA: <i>a gente nunca imagina que isso pode acontecer com a gente</i>.....	219
7.5.1 Descobrir ser HIV positiva e reagindo à descoberta.....	220
7.5.1.1 Descobrir e reagindo à descoberta durante a gestação atual.....	223
7.5.1.2 Descobrir e reagindo à descoberta por ocasião da doença da filha.....	224
7.5.1.3 Descobrir e reagindo à descoberta durante os períodos de pré-parto/parto.....	226
7.5.1.4 Descobrir e reagindo à descoberta em outros momentos.....	232
7.5.2 Convivendo com a condição de mulher/mãe HIV positiva.....	233
7.5.2.1 Percebendo e temendo o estigma e a discriminação social.....	233
7.5.2.2 Expressando sentimentos.....	240
7.5.2.3 Recebendo apoio.....	242
7.5.2.4 Fazendo movimentos de transcendência: <i>transformando aquela coisa tão ruim, tão negativa, em algo bom na tua vida</i>	244
7.6 DESVELANDO O SIGNIFICADO DA PRIVAÇÃO DO ATO DE AMAMENTAR.....	246
7.6.1 As deusas significando a vivência da privação do ato de amamentar.....	246
7.6.2 Percebendo-se como ser-mulher/mãe privada do ato de amamentar: <i>dói o coração da gente, a gente querer dar o peito, dar de mamar e não poder dar</i>.....	247
7.6.3 Atribuindo significado à amamentação: <i>retomando vivências anteriores</i>.....	255
7.6.4 Percebendo o leite secretado pelo seu corpo: <i>meu leite é normal, mas ele não é normal</i>.....	262
7.6.5 E quando mentir é preciso: <i>o meu leite não desceu, eu não tenho leite</i>.....	264
7.6.6 De preferência sem faixa, não usar faixa: <i>isso tem que acabar!</i>.....	271

7.6.7 Tendo que alimentar o filho com outro leite: <i>percepções e movimentos na espacialidade do alojamento conjunto</i>	279
7.6.8 Resignificando a amamentação: <i>já que eu não posso amamentar, eu vou dar mais carinho, mais atenção</i> – amamentação simbólica	282

CAPÍTULO 8

CHEGANDO AO FINAL DA CAMINHADA, UM NOVO ESTADO DE COMEÇO	284
TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS	284
REFERÊNCIAS	295
APÊNDICES	310
ANEXOS	344

CAPÍTULO 1

O EMERGIR DA TEMÁTICA: DAS PRÉ-REFLEXÕES À QUESTÃO NORTEADORA DO ESTUDO.

É necessário que o pensamento da ciência – pensamento de sobrevôo, pensamento do objecto em geral – se coloque de novo num a priori, in locus, sobre o solo do mundo sensível e do mundo trabalhado [MERLEAU-PONTY, 1997, p. 15].

Apesar do ser humano, ao longo da história da Humanidade, usufruir dos benefícios do aleitamento materno na preservação de sua espécie por milhões e milhões de anos, até o alvorecer e meados do século passado, este tema era considerado irrelevante e, por isso, despertava pouco interesse dos estudiosos e clínicos. As qualidades do leite humano, sua importância e vantagens, e como manejar adequadamente as diferentes fases deste processo, entre outros aspectos, tais como os políticos, sociais e culturais, eram pouco explorados, e, por isso mesmo, praticamente desconhecidos e nem sempre compreendidos.

Graças ao desenvolvimento científico e à infindável série de inovações tecnológicas transmutando o modo pelo qual os seres humanos conduzem suas vidas e encaram a realidade, foi possível acumular muitos dados sobre a amamentação materna, e hoje se sabe que esta prática, entendida como uma questão social ampla, é uma oportunidade sem igual para o desenvolvimento social, pois indica as condições de vida da mulher e da criança. Constitui-se não só num modo inigualável de fornecer o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento saudáveis do ser-lactente, mas também, como tendo uma influência biológico-emocional sem par, sobre a saúde integral da mãe e da criança (LAWRENCE, 1996; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1989; LEÓN-CAVA et al., 2002, ALMEIDA, 1999).

Tempo e talento estão proporcionando um significativo cabedal de conhecimentos acerca desse extraordinário e complexo processo que é amamentar. Jamais se reuniram tantos e tão variados conhecimentos sobre essa prática, e inúmeras vantagens têm sido descritas por vários autores. Pesquisas de campo desenvolvidas em

diversos países têm descoberto taxas de mortalidade e morbidade mais elevadas entre crianças desmamadas precocemente (KNODEL, 1988; VICTORA et al., 1999; CUNNINGHAM, et al., 1991; BETRAN et al., 2001). Huffman et al. (1991) atribuem ao aleitamento materno a prevenção de mais de 6 milhões de mortes em crianças menores de 12 meses a cada ano.

Evidências científicas comprovam que a interrupção prematura da amamentação é perigosa, especialmente nos países em desenvolvimento, pois muitos dos alimentos que passam a ser utilizados a partir do desmame são inadequados do ponto de vista nutricional. Paralelamente, a probabilidade de que a criança sofra de diarreia aumenta significativamente, pois parte dos alimentos utilizados no desmame e os substitutos do leite materno podem expor a criança, pela primeira vez, a muitos organismos (VICTORA et al., 1999; CHEN et al., 1988; KRAMER et al., 2001; BETRAN et al., 2001).

As características bioquímicas e imunológicas de espécie-especificidade, próprias do leite humano, lhe conferem uma composição ideal e incomparável a qualquer outro tipo de leite: bacteriologicamente é seguro e imunologicamente apresenta fatores de proteção e de defesa contra infecções, especialmente as gastrintestinais (FORSYTH 1992; GOLDMAN, 1993; AKRÉ, 1994). O leite materno reduz o risco de enterocolite necrotizante nos recém-nascidos prematuros (LUCAS; COLE, 1990). As infecções respiratórias (CHANDRA, 1986; VICTORA et al., 1999), as otites médias e infecções de ouvido (DALY et al., 1999; DUFFY et al., 1997), as alergias (CHANDRA et al., 1997) e a ocorrência de asma (ODDY et al., 1999), são menores nos lactentes amamentados.

Do ponto de vista nutricional, cada vez mais se tem evidenciada a superioridade do leite materno sobre os outros leites, uma vez que possui todos os elementos essenciais para o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças, além de ser de mais fácil digestão. Em condições favoráveis, o leite materno exclusivo é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais da criança e é suficiente para um crescimento saudável até os 6 meses de vida (OMS, 2001). Algumas pesquisas mais recentes têm observado uma associação inversa entre a duração da amamentação materna e o risco

de sobrepeso ou obesidade dos bebês (GILLMAN et al., 2001; HEDIGER et al., 2001; VON KRIES et al., 1999).

A associação entre alimentação infantil e enfermidades crônicas, tem sido explorada através de estudos observacionais, cujos resultados têm sugerido que a amamentação insuficiente pode contribuir para a diabetes, o câncer e outras afecções. No que se refere a diabetes, Pettitt et al. (1997), em um estudo realizado nos Estados Unidos da América, observaram que a taxa de *diabetes mellitus* infantil em crianças amamentadas exclusivamente foi menor que a das crianças que foram alimentadas exclusivamente por mamadeira. Resultados similares foram descritos por Norris; Scott (1996); Jones et al. (1998). Quanto ao efeito da amamentação num posterior risco de câncer, já existe relatos de uma importante redução do risco de leucemia aguda infantil, particularmente em crianças amamentadas por um período superior a seis meses, conforme descrito por Shu Xo et al. (1999).

Os benefícios psicológicos se revestem de igual importância, uma vez que através da amamentação se estabelece uma profunda relação entre o binômio mãe/filho, determinada por um processo de interação e transação proporcionado por fortes estímulos sensoriais, auditivos, táteis, visuais e emocionais (TAMINEM; SALMELIM, 1991; KLAUS; KENNEL, 1982). A amamentação também favorece um adequado desenvolvimento intelectual, motor, psicossocial e da acuidade visual do lactente (LUCAS et al., 1992; BIRCH et al., 1993; HORWOOD; DARLOW; MOGRIDGE, 2001; MORTENSON et al., 2002).

Paralelamente a estas vantagens, identifica-se também na literatura benefícios para a saúde da mulher que amamenta, a família e a sociedade. Entre as vantagens para a mulher, são freqüentemente mencionados os fenômenos puerperais (loquiação e involução uterina), que ocorrem com maior rapidez graças ao efeito da ocitocina que, agindo sobre a musculatura do útero, previne também a atonia uterina e, conseqüentemente, as hemorragias no pós-parto imediato; a amamentação reduz os riscos da mulher contrair anemia, câncer de mama (TRYGGVADOTTIR et al., 2001), e ovário (NESS et al., 2000), osteoporose e esclerose múltipla na pré-menopausa (NEWCOMB, et al., 1994). A amamentação exclusiva garante à mulher proteção de 98% contra nova gravidez durante os seis meses após o parto, enquanto a mesma se

mantiver amenorreica e se o bebê for amamentado com frequência e sem interrupção noturna (DÍAZ et al., 1991; KENNEDY; VISNESS, 1992; ROMRELL; BLAND, 1993).

Além destes aspectos eminentemente biológicos, é importante considerar que o ato de amamentar, por se constituir em um direito da mulher, confirma o poder que ela tem de controlar seu próprio corpo, desafiando o modelo biomédico autoritário de dominação masculina e os interesses comerciais das indústrias de alimentos infantis, que promovem a alimentação por mamadeira. Por outro lado, a amamentação requer uma redefinição do trabalho da mulher, de modo que, realisticamente, integre a vida produtiva com a reprodutiva, valorizando-se igualmente. A amamentação, vista deste modo, inevitavelmente exige mudanças estruturais que poderão contribuir para melhorar as condições de vida da mulher na sociedade (AMIN, 1995).

Do ponto de vista econômico, o aleitamento materno beneficia a sociedade de várias maneiras, sendo uma opção sensata no que tange a este aspecto. As famílias economizam deixando de gastar seu dinheiro com leite em pó, prestadores de serviços na área da saúde economizam com menos gastos na manutenção e no tratamento de crianças doentes (quando as mães amamentam); e a Nação economiza ao importar menos alimentos infantis e diminuir gastos na área da saúde, uma vez que tem uma população mais saudável (BRASIL/MS/OMS/UNICEF, 1998; WEIMER, 2001).

Todos os benefícios mencionados, além de outros que vêm sendo evidenciados, apontam para a importância desta prática, sustentando de forma convincente e incontestável o seu valor.

Reconhecendo as inúmeras vantagens mencionadas, a Organização Mundial de Saúde (2001) estabelece, como recomendação de saúde pública global, que as crianças sejam amamentadas exclusivamente no peito durante os primeiros seis meses de vida, seguindo, a partir daí, com a amamentação mais alimentos complementares até dois anos ou mais.

Mas, se de um lado, a importância e vantagens do aleitamento materno bem como as conseqüências do desmame precoce para a saúde da mulher e da criança têm sido sobejamente descritas na literatura, e, estratégias para reverter as tendências mundiais de diminuição da prevalência da prática da amamentação estão sendo

adotadas nas últimas décadas com grande intensidade em vários países do mundo, por outro, pesquisadores, formuladores de políticas de saúde, autoridades sanitárias nacionais e internacionais, têm demonstrado grande preocupação diante da atual situação epidemiológica da mais dramática pandemia da história da Humanidade: a AIDS/HIV, frente a esta prática.

Isto se deve, inquestionavelmente, ao fato de saberem que uma das principais modalidades de transmissão do HIV, se dá da mãe para a criança, durante a gestação, através da placenta, no trabalho de parto, no parto e também através da amamentação. Esta modalidade, conhecida como transmissão vertical da mãe para a criança (TVMC), também denominada de materno-infantil, foi responsável por mais de 80% do total de casos em menores de 13 anos no período de 1983-2002, e por mais de 90%, se for considerado apenas o período de 1998 a 2001, no Brasil. De acordo com estudos *sentinela* desenvolvidos para detecção da infecção pelo HIV realizados em nosso País, estima-se que um total de 12.898 gestantes esteja infectada pelo HIV, correspondendo este número a 0,4% do total das gestantes. Os casos de transmissão vertical correspondem a 2,7% do total geral de casos notificados até agosto de 1999 (BRASIL/MS, 1999). Em Santa Catarina, de acordo com a Gerência de DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde, do total de 98.830 gestantes no Estado no ano 2001, 23.515 (23,79%) realizaram teste anti-HIV e, destas, 348 (1,4%) apresentaram resultado positivo (SANTA CATARINA/SES, 2001).

Após duas décadas do surgimento da problemática da AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) e do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), as previsões apresentadas no último relatório do Programa Conjunto da UNAIDS (Nações Unidas para a AIDS) e Organização Mundial da Saúde sobre o HIV/AIDS de 2003, projetadas para o final deste mesmo ano, atestam que a doença se espalha com velocidade avassaladora pelos quatro cantos do planeta, atingindo as cifras de 34-46 milhões de pessoas infectadas, incluindo crianças e adultos no mundo inteiro. A maioria delas, representando 25.0-28.2 milhões, reside na África subsaariana, cabendo-lhe também a maior parte dos novos casos registrados em 2003 – 3.5 dos cerca de 5 milhões. Uma realidade que avança de modo mais acentuado no Leste Europeu e na Ásia Central, em países muito populosos como Rússia, Índia, China,

Nigéria e Etiópia e países dos Bálcãs. Na América Latina, o número alcança 1.3-1.9 milhões de infectados (ONUSIDA, 2003).

O relatório mostra também que essa misteriosa e instigante infecção, identificada inicialmente entre homossexuais masculinos brancos, hoje aflige homens e mulheres igualmente, e as mulheres já representam 50% da epidemia global, sendo que, em determinados países africanos, esse número pode alcançar 58%.

No Brasil, até setembro de 2003, os casos diagnosticados e notificados ao Ministério da Saúde desde o início da década de 80, quando os primeiros casos foram oficialmente divulgados, alcançam o total de 277 mil e 154 pessoas infectadas, entre as quais 9.775 são crianças menores de 13 anos, 79.814 são mulheres e 197 mil e 340, são homens. Desse total, a maioria, ou seja, 67,3% (184.604 casos), reside na Região Sudeste. As demais estão distribuídas nas outras regiões do País da seguinte forma: 16,4% (47.296 casos) na Região Sul, 9,4% (25.532 casos) na Região Nordeste, 5,1% (13.837) na Região Centro-Oeste, e 1,8 % (5.872 casos) na Região Norte (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003a).

Em Santa Catarina, o primeiro caso de AIDS notificado, data de 1984 e foi registrado no município de Chapecó, na Região Oeste do Estado. No período de 1984 a 2003, foram notificados 14.176 casos de AIDS, sendo que, destes, 13.425 foram em adultos (8.927 homens, 4.492 mulheres e seis casos ignorados) e 751 em crianças (93% dos casos referem-se à transmissão vertical). Até 2001, dos 293 municípios catarinenses, 182 (62,1%) já tinham notificado pelo menos um caso de AIDS, e a taxa de incidência no ano 2000 foi de 22,4%. Cabe aqui sublinhar que a taxa de incidência da Região Sul é de 16,4% e a do Brasil corresponde a 10,5% (SANTA CATARINA/SES – BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, DST/AIDS, 2002).

Conforme dados do Ministério da Saúde referentes à incidência de AIDS por 100.000 habitantes, os cinco municípios com maior número de casos notificados no ano 2001 foram: Itajaí (SC) (78,2), Porto Alegre (RS) (51,8), Criciúma (SC) (50,2), Balneário Camboriú (SC) (45,3) e Ribeirão Preto (SP) (41,8). O município de Florianópolis (SC), aparece em 6º lugar, com 40,9 (BRASIL/MS, 2002).

No que se refere à transmissão vertical do HIV/AIDS da mãe para a criança através da amamentação materna, já existe inúmeras evidências comprovando esta

realidade (ZIEGLER et al., 1985; NDUATI et al., 1994; RUFF et al., 1994; VAN DE PERRE et al., 1991) e estima-se que no mundo 16% das transmissões verticais da mãe para a criança estejam associadas com a amamentação (REA, 1998). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), o risco geral de transmissão de HIV da mãe para o filho é de cerca de 15-25% entre mulheres soropositivas que não amamentam no peito e de 25-45% entre aquelas que amamentam.

O primeiro relato sugerindo fortemente esta possibilidade, provém do estudo realizado por Ziegler et al. (1985), em uma criança amamentada ao peito por uma mãe que se tornou infectada através de transfusão sangüínea após o parto. De acordo com o relato, a mãe recebeu duas unidades de sangue no segundo dia após o parto, sendo que uma das unidades de sangue recebida era proveniente de um doador masculino que veio a desenvolver a síndrome 13 meses depois. Ao se investigar a mãe, encontrou-se sorologia positiva pelo teste de Elisa e radioimunoprecipitação para anticorpos anti-HIV. A criança também apresentou sorologia positiva e sinais de atraso no desenvolvimento. Considerando que os pais não faziam parte do grupo de risco, que a criança havia sido amamentada por seis semanas e que a mãe tinha sido transfundida somente após o parto, os autores concluíram que, a mais provável via de transmissão para a criança, tenha sido através do leite materno (ZIEGLER et al., 1985).

Outros relatos imediatamente posteriores surgiram em crianças amamentadas ao peito por mulheres que também foram infectadas pós-natalmente através de exposição heterossexual e transfusão sangüínea (LEPAGE et al., 1987, van de PERRE et al., 1991, HIRA et al., 1990). Houve também relatos de crianças, sem qualquer outra forma de exposição conhecida ao HIV, que foram infectadas através da ama-de-leite e de leite proveniente de bancos de leite humano (NDUATI et al., 1994).

A partir daí, inúmeros estudos sobre esta problemática foram e continuam sendo realizados em várias partes do mundo, buscando analisar e apreender a complexidade que a comporta nos seus mais variados aspectos, sendo que as evidências sobre o risco de transmissão do HIV através da amamentação materna têm sido bem documentadas e hoje se sabe que o risco geral de transmissão de HIV da mãe para o filho é de cerca de 14-25% em países desenvolvidos e de 13-42% em outros países (OMS, 2003).

Em recente publicação intitulada *HIV and Infant Feeding: Framework for Priority Action*, a OMS (2003), estima que cerca de 5 a 20% de crianças nascidas de mães HIV positivas, adquirem a infecção através da amamentação. Importante também destacar que o risco de transmissão do HIV através da amamentação ao peito, é aproximadamente o dobro entre mães que foram recentemente infectadas.

Embora o UNICEF, UNAIDS e WHO (1998a, 2003) reconheçam que sejam necessários estudos adicionais para determinar o momento exato em que ocorre a transmissão do HIV através da amamentação materna, para melhor compreender os mecanismos de transmissão por esta via, bem como para quantificar o risco atribuído à amamentação e determinar outros fatores de risco associados a esta prática e, também, identificar outras medidas destinadas a reduzir a transmissão de HIV da mãe para o filho, eles reconhecem esta modalidade de transmissão como fato consumado. Diante disto, estabelecem como política de apoio ao aleitamento materno relacionada à alimentação infantil e HIV a seguinte orientação: “Como um princípio geral em todas as populações, e independentemente das taxas de infecção por HIV, deve-se continuar protegendo, promovendo e apoiando o aleitamento materno”.(OMS, 2003, p.2)

Frente a esta problemática e considerando a necessidade de se evitar a transmissão do HIV/AIDS para as crianças, bem como de evitar expô-las a um risco aumentado a outras doenças, estas organizações internacionais desde 1988 vêm publicando recomendações sobre a TVMC do HIV através da amamentação.

Com o avanço dos conhecimentos nesta área, disponibilizando dados que claramente comprovavam a possibilidade da transmissão do HIV através da amamentação, a Organização Mundial de Saúde realiza em 1992 uma nova reunião internacional com especialistas na área, resultando na seguinte recomendação: “em lugares com altas taxas de mortalidade infantil (TMI) o risco de morrer por diarreia com a não amamentação é tão alto que pode ser maior que o risco da transmissão do HIV pela mãe através do leite materno, assim a amamentação é o método de escolha nessas comunidades. Entretanto, onde as TMI são baixas, e o uso da fórmula infantil é seguro, esta é a alimentação de escolha para crianças filhas de mães com HIV” (UNICEF/UNAIDS/WHO apud REA, 1998, p. 8).

Transcorridos aproximadamente quinze anos, a OMS publica em 2003 documento oficial mantendo a recomendação global de que:

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

Estas recomendações, bastante polêmicas, têm gerado muitas discussões e críticas por estabelecer, de acordo com Rea (1998), um “*double standard*”, ou seja, uma dupla orientação: uma para mulheres de países desenvolvidos e outra para mulheres de países em desenvolvimento. Como resultado das discussões, a tendência adotada pela maioria dos países foi orientar a mãe infectada com HIV/AIDS a não amamentar no peito. No Brasil, desde 1994 o Ministério da Saúde tem assumido a posição de orientar as mulheres com HIV/AIDS para suprimirem a amamentação ao peito ou, quando viável, fazer o tratamento térmico (pasteurização) do leite retirado do peito. Entretanto, em relação à possibilidade de utilização do próprio leite (ordenhado e pasteurizado) embora seja uma alternativa que oferece inúmeras vantagens¹ em relação a outros métodos, não tem sido uma prática difundida em nosso meio, e raras são as mulheres HIV positivas e profissionais de saúde que a conhecem.

Como enfermeira atuando em um Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre o Aleitamento Materno em uma maternidade, cujo solo de tradição² alcança aproximadamente 26 anos, no convívio diário com gestantes, parturientes e puérperas desenvolvendo ações pró-amamentação, tive a oportunidade de acompanhar, com relativa proximidade, o surgimento e a evolução desta problemática na prática da amamentação, e algumas de suas implicações em relação à existência das mulheres infectadas e de seus filhos, embora reconheça, não com a profundidade que merecia, o assunto.

Transcorridos estes anos de intensa atividade, promovendo, protegendo e apoiando a amamentação de modo inarredável e obstinado, através dos seus mais

¹ Estas vantagens incluem aspectos práticos, econômicos, de segurança alimentar, entre outros (UNICEF/UNAIDS/WHO, 1998b e 2000). Discussão sobre esta temática ponderando vários aspectos em favor da utilização do leite humano pasteurizado, foi recentemente realizada por Rea (2003).

² Tudo o que se dá na instância da experiência, que já é nosso conhecido (SOUZA, 1998).

variados campos de atuação, ou seja, atividades educativas (individuais e coletivas), assistenciais (aconselhamento e manejo clínico), administrativas, de pesquisa, ensino, consultoria, extensão comunitária, entre outros, sempre com a preocupação de ajudar as mulheres a obter sucesso neste processo, agora me dou conta desta parcela de mulheres que, dentro de um contexto, onde inúmeras tentativas de resgatar a cultura da amamentação são empreendidas, ao vivenciarem esta etapa do ciclo grávido-puerperal, estão impedidas de praticá-la, do ponto de vista biológico, por serem portadoras de HIV/AIDS. Estas, de modo muito especial, têm me levado, como entusiasta e defensora da prática da amamentação, a importantes inquietações, despertando-me o interesse e fazendo-me pré-refletir sobre o significado destas vivências para as protagonistas do processo, direcionando-me para a necessidade de buscar uma melhor compreensão deste fenômeno situado.

E das inquietações oriundas da experiência vivenciada na prática frente a este fenômeno situado, emergem inúmeros questionamentos e pré-reflexões, tais como: o que será que sentem e o que fazem estas mulheres diante das campanhas de amamentação, onde são abordados, em meios de comunicação de massa, temas enfatizando a importância da amamentação sob a forma de *slogans*, tais como: *Amamentação Fortalece a Mulher*, *Amamentação: o Melhor Começo para a Vida*, *Amamentação: Educação para a Vida*, entre outros? Como se sentem e agem as mulheres, ao saberem da superioridade do leite humano e das vantagens da amamentação, estando impossibilitadas de oferecer o peito ao seu filho? Como se sentem e agem estas mulheres frente à necessidade de usar fórmulas infantis sabendo dos riscos associados a este tipo de alimentação? Como será que estas mulheres reagem ao perceberem as transformações que ocorrem no seu corpo e em especial nas suas mamas, durante o período pré-natal, sabendo que estarão impedidas de amamentar? E no período pós-parto, quando suas mamas, por mecanismos neuroendócrinos aumentam de volume, começam a produzir leite e são enfaixadas para suspender a produção láctea? Como será que percebem e agem estas mulheres diante do leite que jorra de seus peitos? O que significa e como agem estas mulheres ao compartilharem com outras mulheres que estão amamentando seus filhos no mesmo espaço físico na maternidade no pós-parto (alojamento conjunto) em especial, nos

Hospitais Amigos da Criança³, em que amamentação é norma e o uso de outros tipos de alimento infantil é empregado somente em situações especiais e sob prescrição médica? Como será que se sentem e agem estas mulheres face à necessidade de justificar socialmente a não-amamentação, quando gostariam de manter em sigilo sua condição de HIV positivas pelo temor da rejeição, do preconceito e da discriminação? Como será que estas mulheres, estando cerceadas na sua liberdade de escolha em amamentar seus filhos, transcendem esta condição? De que modo elas ressignificam o processo da amamentação? Quais os movimentos que fazem e que mecanismos acionam englobando as diferentes dimensões de sua existência em face desta problemática? Ou melhor, como no momento presente e junto à sua comunidade, nas relações consigo mesma, com outrem e o mundo, este ser humano elabora sua condição de ser-mulher e de ser-mãe, tendo consigo um impedimento gerado pela infecção do HIV? Enfim, qual é o significado⁴ da vivência da privação do ato de amamentar para o ser-mulher/mãe HIV positiva e como este se expressa nas múltiplas dimensões de sua existência? Foi, portanto, em torno de tal configuração delineada por estas pré-reflexões e questionamentos, profundamente enraizados no meu tempo vivido como enfermeira docente-assistencial, numa forte relação intersubjetiva com mulheres vivenciando o processo da amamentação, aliada à constatação na literatura de poucos estudos abordando esta problemática sob a ótica da mulher, o que justifica a necessidade de serem realizadas mais pesquisas nesta área, e, ainda, por considerar extremamente importante a tomada de consciência por parte dos profissionais de Enfermagem e de todos aqueles que atuam na área do aleitamento materno e que prestam cuidado às mulheres nesta prática, atualmente um número expressivo no Brasil e no mundo, é que emergiu a seguinte questão norteadora do presente estudo: ***qual o significado da privação do ato de amamentar para a existência do ser-***

3 Consiste em uma iniciativa mundial idealizada pela Organização Mundial da Saúde e UNICEF, adotada no Brasil pelo Ministério da Saúde, que visa a promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, mediante a adoção de dez passos para o sucesso do mesmo pelas maternidades e hospitais gerais com leitos obstétricos.

4 Neste estudo toda significação ou ressignificação tem a ver com a expressividade, ou seja, a significação ou resignificação, são eventos expressivos que estabeleço a partir do meu corpo, que, evidentemente, não está limitado à minha pele, mas que se constitui, se diferencia junto das coisas, junto com os outros numa comunidade, como uma matriz de significações. Em outras palavras, toda significação é uma expressão que eu instituo com este corpo, mas o corpo e a maneira como o corpo exprime, é sempre uma forma temporal. Ou seja, exprimir é quando o corpo é capaz, diante de uma situação concreta, a partir do passado, dar a essa situação concreta, um sentido. Ou também, dito de outro modo, exprimir é quando eu posso dar ao meu passado um destino, dar a minha história um destino que não lhe estava reservado.

mulher/mãe HIV positiva? A partir da identificação da questão norteadora, foi preciso definir a abordagem teórico-metodológica mais adequada a ser adotada. Neste particular, por considerar a natureza do fenômeno a ser investigado, as minhas crenças, meus valores e minha visão de mundo, optei por realizar um estudo de iluminação fenomenológica, tendo como referencial filosófico a teoria fenomenológica da expressão desenvolvida por Merleau-Ponty e como referencial metodológico a fenomenologia hermenêutica de van Manen (1984 e 1990).

E por que fenomenologia? Meu interesse pela fenomenologia, enquanto referencial filosófico-metodológico para o desenvolvimento de presente estudo, emergiu durante a realização de algumas disciplinas do Programa de Doutorado da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, quando tive a oportunidade de (re)visitar diferentes épocas e contextos, dando-me uma visão, senão completa e radical, bastante abrangente acerca da construção do conhecimento filosófico-científico em geral, bem como o específico da Enfermagem ao longo da história ocidental, permitindo-me o contato com grandes pensadores e idéias que, definitivamente, abriram caminhos e possibilitaram para a Humanidade, o conhecimento e o saber.

Neste particular, ao cursar a disciplina Filosofia da Ciência e da Saúde, onde tive a oportunidade de transitar pelos diferentes períodos e situar os principais pensadores da história da tradição do pensamento ocidental, pude constatar que, desde as Idades Antiga, Medieval e Moderna até chegar à contemporaneidade, de acordo com diferentes historiadores e filósofos como Châtelet (1994), Cordon e Martinez, (1991), Vernant (1992), Tarnas (1999), Chauí (1999) e Marcondes (1998), o paradigma ocidental, depois transformado em paradigma científico, operou uma clivagem entre razão e emoção, alma e corpo, intelecto e mundo, sujeito e objeto, dentre outros, trazendo reflexos profundos sobre o pensamento ocidental, conforme detalharei mais adiante.

No percurso desta trajetória, que teve seu início na Grécia Antiga, percebi que desde os pré-socráticos (passando por Tomaz de Aquino, Santo Agostinho, Descartes, Hume, Bacon, Comte, Kant, Marx, Husserl, Wittgenstein, entre tantos outros), para citar alguns dos mais notáveis, perpassando pelas suas especificidades, o espírito humano, em sua busca incessante pelo conhecimento, transformou a subjetividade em objetividade, conduzindo alguns pensadores da pós-modernidade, como Morin (1999,

p. 55), a propor que “o pensamento sadio deveria se esforçar para levar o objetivo ao subjetivo, senão a impossível unidade, pelo menos a uma nova interfecundação”.

Esta tentativa está presente no movimento filosófico denominado de fenomenologia, e foi reconhecida por Merleau-Ponty (1999, p. 18) como sendo sua mais importante aquisição, ou seja, a de “ter unido o extremo subjetivismo ao extremo objetivismo em sua noção do mundo ou da racionalidade”. Para ele, a fenomenologia é “uma filosofia para qual o mundo está sempre ali, antes da reflexão, como uma presença inalienável e cujo esforço todo consiste em reencontrar este contato ingênuo com o mundo (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 1). E é retornando a este mundo anterior ao conhecimento, que eu posso “*retornar às coisas mesmas*”. Ao buscar recuperar o universo do pré-objetivo e revalorizar a consciência ingênua, a fenomenologia estabelece uma profunda, completa e radical inversão das teses cartesianas.

Tal filosofia, portanto, “*não toma por base a verdade que algum pensamento possa existir, mas o nascimento dos fenômenos junto às partes de nosso corpo e junto aos dados sobre os quais este se aplica*” (MÜLLER, 2001, p. 9). Contrariamente à tradição cartesiana, que admite nas experiências apenas eventos subsidiários de nossa existência, Merleau-Ponty toma-as como base e reconhece nelas um poder criador. “*Os fenômenos são as totalidades desencadeadas por esse poder, o qual designou de expressão*” (MÜLLER, 2001, p. 9).

A consideração atribuída por Merleau-Ponty à experiência, tornou-se relevante para meu trabalho, juntamente com o fato de que, ao tentar refletir na própria experiência, a fenomenologia compreende a pertinência de uma *Gestalt*, que tem a vantagem de prescindir de uma hipótese exterior, que é a idéia da constituição espontânea do sentido. Esta idéia descreve a experiência, a qual é indissociável da relação entre as partes envolvidas. Esta relação é a expressão, e é por meio dela que vou tentar descrever o significado da privação do ato de amamentar atribuída pelo ser-mulher/mãe HIV positiva.

Considerando estes aspectos e por entender que o ser-mulher/mãe HIV positiva tem uma compreensão singular do corpo próprio face à privação do ato de amamentar, e que a expressividade não é apenas uma abstração, mas algo que acontece com o corpo, e, ainda, por entender que a expressão é sempre uma tentativa de entender a

existência humana, é que optei pelo modelo fenomenológico acerca da expressão, conforme delineou Merleau-Ponty, para descrever o significado da vivência da privação do ato de amamentar para a existência do ser-mulher/mãe HIV positiva.

Na era da globalização, na medida em que velhos dogmas são revisados à luz de novos dados e os velhos dados são reelaborados com novos métodos, tecnologias e perspectivas paradigmáticas, esta é uma abordagem que, dentro do panorama atual da disseminação crescente da infecção pelo HIV/AIDS entre mulheres (feminização) e crianças, da problemática da transmissão vertical do HIV/AIDS através da amamentação, e do próprio contexto das atuais tendências do pensamento ocidental, emerge como prioritária e promete contribuições importantes se devidamente abordada.

Ao optar por este referencial filosófico-metodológico, busco introduzir um novo olhar e trilhar um caminho inspirado no modelo fenomenológico acerca da expressão desenvolvido por Merleau-Ponty, que consiste em uma reflexão nos fenômenos considerados a partir das experiências às quais o ser humano está indissociavelmente vinculado (MÜLLER, 2001). Esta busca, portanto, emerge de minha experiência vivida, ou seja, parte da minha presença imediata com uma realidade que está aí, de acordo com o que o próprio Husserl (1910-1911), considerado o fundador da fenomenologia, sugere ao caracterizar uma investigação filosófica: *“Não é das filosofias que deve partir o impulso da investigação filosófica mas, sim, das coisas e dos problemas.”* Procuo, deste modo, substituir certos ângulos teórico-tradicionais por outros novos e com perspectivas até então pouco exploradas. Esse é o horizonte em que justifico o interesse pela temática desta proposta. Assim, motivada pelo desejo profundo de melhor compreender o significado da vivência da privação do ato de amamentar para o ser-mulher/mãe com HIV/AIDS, foi que desenvolvi o presente estudo.

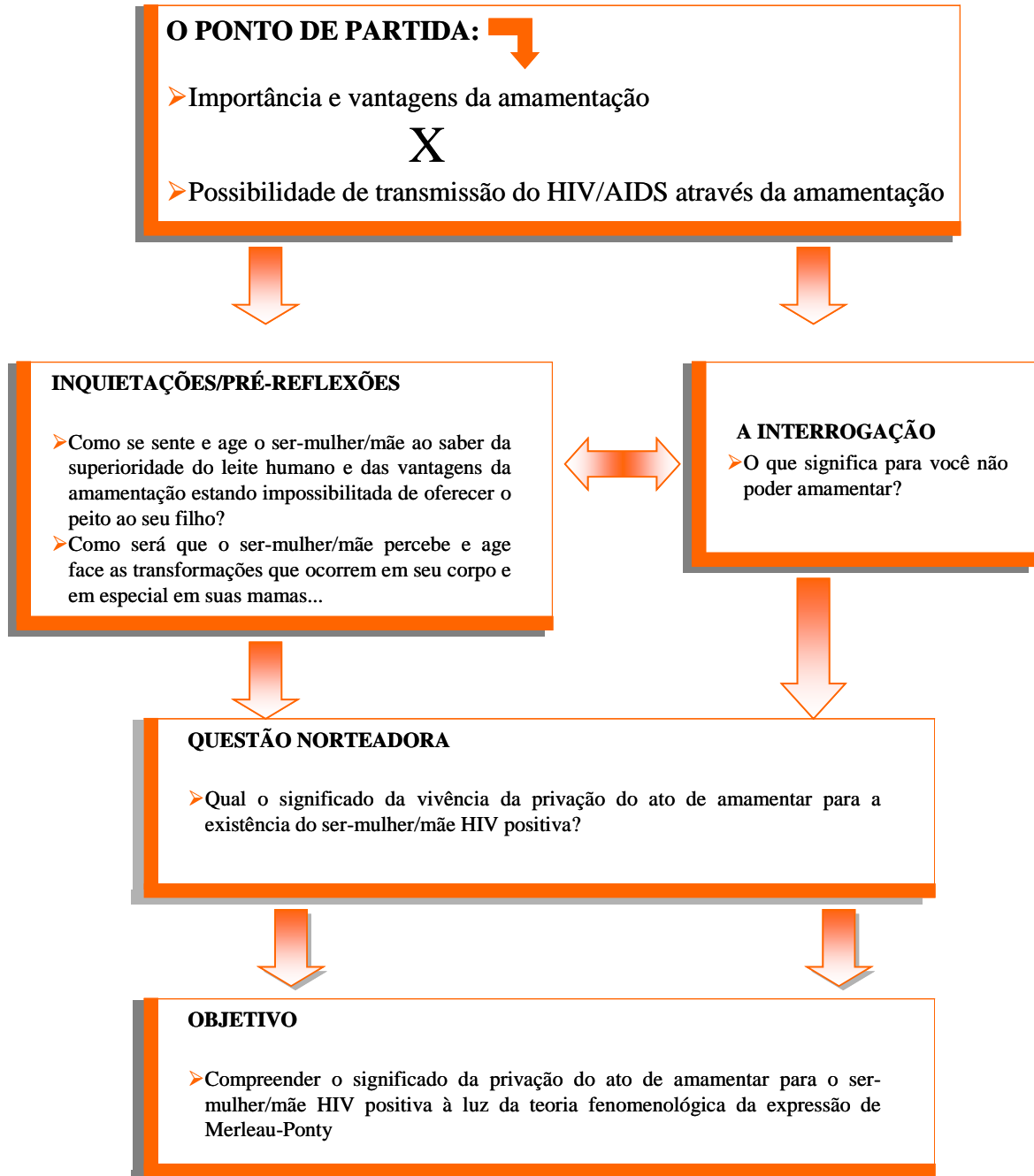
O objetivo da presente investigação é compreender⁵ o significado da privação do ato de amamentar para o ser-mulher/mãe HIV positiva, à luz da teoria fenomenológica da expressão de Merleau-Ponty, cujo delineamento geral está apresentado sob a forma de representação esquemática a seguir (ver Esquema I).

⁵ Compreender “fenomenologicamente é reapoderar-se da intenção total – não apenas aquilo que são para a representação de “propriedades” da coisa percebida, a poeira dos fatos históricos (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 16).

REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA PESQUISA E DA METODOLOGIA

ESQUEMA I – O EMERGIR DA TEMÁTICA

Das pré-reflexões à questão norteadora do estudo



CAPÍTULO 2

O SER-MULHER/MÃE E O FENÔMENO ALEITAMENTO MATERNO: MEUS COMPANHEIROS DE TRAJETÓRIA EXISTENCIAL.

É em meu “campo de presença” no sentido amplo – neste momento em que passo a trabalhar tendo atrás dele, o horizonte da jornada transcorrida e, diante dele, o horizonte da tarde ou da noite – que tomo contato com o tempo, que aprendo a conhecer o curso do tempo [MERLEAU-PONTY, 1999, p. 557].

Existir... Estar no mundo... Viver! Viver e sobreviver... Viver a vida, o mundo da vida. O mundo da vida que me faz redescobrir, depois do mundo natural, o mundo social, *não como objeto ou soma de objetos, mas como campo permanente, dimensão de minha existência*, da qual posso afastar-me, mas não deixar de estar situada em relação a ele. Como ser-sujeito no mundo, estou lançada numa natureza que não está presente somente fora de mim, mas também é encontrada no âmago da minha subjetividade.⁶

Tendo como solo de ancoragem tais reflexões merleau-pontyanas, as quais compartilho e também me identifico, busco neste capítulo, a partir do meu presente, situar-me no contexto de minha trajetória existencial e profissional. Antes de introduzir e discorrer sobre a minha incursão pelos caminhos da Enfermagem, considero relevante trazer à luz alguns dados referentes à minha trajetória existencial, enquanto ser-sujeito no mundo, ser-mulher e ser-mãe.

Minha história tem suas raízes no continente europeu, mais precisamente no mar Egeu, na Ilha de Kastellórizo, situada na Grécia, que é integrante do arquipélago composto também pelas ilhas de Knidou, Alicarnasso e Kó, formando o grupo Axápolis, às margens da Turquia. Segundo relatos históricos, os primeiros habitantes dessa ilha foram os pelasgos, sendo em seguida habitada pelos minóicos (habitantes vindos de Creta) e micênicos (habitantes de Micenas e descendentes dos pelasgos). De acordo com Pítsica (2003), conta a mitologia que esta ilha foi habitada pelo filho de

⁶ Fundamentada na teoria fenomenológica da expressão de Merleau-Ponty, 1999.

Zeus, Apolo, onde criou rebanhos e praticou artes. Próspera e progressista por muitos anos, com um povo rico e cosmopolita, a ilha de Kastellórizo conheceu, entretanto, o sofrimento provocado tanto pela Guerra dos Bálcãs, bem como das Primeira e Segunda Guerras Mundiais, obrigando seus filhos a buscar um novo abrigo e novos horizontes. E foi assim que, no final do século XIX e início do século XX, meus avós, maternos (Estefano e Evanguelia) e paternos (Jorge e Maria), juntamente com tantos outros de seus habitantes, deixaram Kastellórizo, sua terra natal, e vieram para o Brasil, mais especificamente para a Ilha de Santa Catarina, Florianópolis, onde fundaram a primeira *kinótita*⁷, atualmente conhecida como Associação Helênica de Santa Catarina, a mais antiga no País, tendo completado 120 anos em 2003. Acredito que a opção por Florianópolis, se deu em função das semelhanças do mundo natural entre as duas ilhas, ricas em belos recantos e encantos, generosamente ofertados pela natureza.

Meus pais, *Iconomus* e *Parasqevi*, embora tenham nascido em Florianópolis, SC, herdaram e procuraram conservar e nos transmitir a tradição helênica, seus costumes, sua língua, seus hábitos alimentares, sua religião, a Greco-Ortodoxa, cujo culto com ritual essencialmente bizantino, é rezado em grego. Inserida nesse contexto, sofri grande influência dessa cultura na minha formação, sendo que na minha infância cheguei a ser alfabetizada no idioma grego, mas, talvez de tanto ouvir que era uma *língua morta*, e apesar da insistência dos meus pais em dar continuidade ao estudo do idioma, cedo perdi o interesse por ele. Hoje, com a clarividência decorrente da maturidade adquirida com o passar do tempo, lamento não ter dado continuidade ao estudo desta língua que se faz presente e permanece viva em vários campos do saber.

Em relação a esta tradição, cito, à guisa de exemplo, uma das primeiras dificuldades que encontrei enquanto ser-sujeito engajado no mundo, e que me acompanhou em todo o percurso do meu existir, que foi em relação ao meu nome: Evanguelia. Este nome, de origem grega, que significa *a boa nova*, herdei de minha avó materna, que, por tradição, era mantido através dos filhos e netos, portanto, de geração em geração. Lembro-me que os primeiros anos escolares, se revelaram para

⁷Expressão grega que significa coletividade, oficialmente reconhecida pelo governo grego, fora das fronteiras da Grécia. (PÍTICA, 2003, p. 17).

mim como uma verdadeira tortura, pois, como era um nome incomum, com frequência era alvo de brincadeiras desagradáveis. Mas isto não ficou circunscrito ao tempo e espaço dos bancos escolares do primeiro grau, estendendo-se até as salas de aula da Universidade. Não sei exatamente o momento, nem mesmo de que modo se deu, mas quando percebi estava sendo chamada pelo pseudônimo de Vanda, uma derivação popular de Vangue, talvez. Durante um bom tempo vivi essa ambivalência, que, embora aparentemente simples, imprimiu marcas importantes no meu modo de ser e agir nas relações com outrem e o mundo.

Outra questão importante, além de inúmeras outras, esteve relacionada à minha religião de berço, a Greco-Ortodoxa, que se contrapunha à Católica, dominante no contexto social em que cresci e me desenvolvi. Extremamente conservadora, como o próprio nome revela, mantém, com certa inflexibilidade, determinados princípios e dogmas, como verdades, desde a sua origem. Tendo frequentado em minha infância e adolescência um colégio onde prevalecia o catolicismo como orientação religiosa, com frequência sentia-me discriminada por seguir uma outra orientação. A vivência dessa situação, me levava a experimentar, por vezes, a sensação de não ter certeza de pertencer àquele meio. De qualquer modo, para melhor ou para pior, eu via o mundo através de lentes que diferiam da maioria das pessoas com as quais convivía, e hoje tenho a clareza de que esta dimensão de minha existência, enquanto consciência encarnada num corpo, só me fez enriquecer na medida em que me proporcionava experimentar sensações e vivências diferentes.

Assim, por vezes, de um lado me sentia enraizada num mundo natural, comum aos seres humanos com os quais convivía e me relacionava, mas, por outro, a sensação de habitar dois mundos sociais distintos, em dois ambientes de generalidade. Este modo singular de existir, abriu-me e continua a abrir inesgotáveis possibilidades de vir a ser no mundo, imprimindo no meu corpo próprio marcas significativas que se fazem fortemente co-presentes no meu aqui e agora.

Percorrer os caminhos da Enfermagem tem se constituído para mim em um grande e instigante desafio. A busca incessante de respostas às inquietações e indagações que emergem do meu cotidiano factual, tem me levado a importantes reflexões. O amor ao significado, a busca do sentido de *ser*, *viver* e *fazer* a

Enfermagem com toda sua *dor* e *beleza* de ser, tem sido a única força real, objetiva e definitiva neste meu caminhar.

Marcada por diferentes contextos e fases, minha trajetória profissional tem como cenário dois grandes palcos: a Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis, SC, onde atuei como *enfermeira assistencial*, e o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, onde desenvolvo minhas *atividades docentes*.

Como enfermeira e docente, ser-vivente, corpo encarnado e engajado no mundo, muito devo a estas instituições, pois ambas, cada uma a seu modo, ao me permitirem caminhar de mãos dadas com a assistência e docência, sem me desvincular de atividades de pesquisa e extensão comunitária, contribuíram sobremaneira para meu crescimento profissional e pessoal.

Penso que esta trajetória⁸ revela por si só, de forma marcante e persistente, o motivo que me levou a optar pelo tema deste estudo: *a busca da compreensão do significado da privação do ato de amamentar para o ser-mulher/mãe HIV positiva à luz da teoria fenomenológica da expressão de Merleau-Ponty*. Ela é resultado de uma longa caminhada e tem como ponto de partida o ano em que me graduei, ou seja, 1976. Cheia de idealismo e desejosa em colocar em prática os conhecimentos adquiridos no decorrer de minha formação profissional, iniciei as atividades como enfermeira assistencial em uma maternidade, que se configurou para mim logo de imediato como um “destino inevitável”, pois nela criei profundas raízes e permaneci aproximadamente 26 anos. Concomitantemente às funções assistenciais, passei a desenvolver atividades docentes em uma escola técnica de Enfermagem pelo período de um ano, tempo suficiente para que eu ingressasse como docente no Departamento de Enfermagem da mesma Universidade em que me graduei.

No decorrer dos primeiros anos exerci minhas atividades assistenciais e docentes em uma unidade de internação onde eram assistidas mulheres de estrato social baixo, internadas para tratamento ginecológico e oncológico, provenientes de diversas localidades do Estado de Santa Catarina. Eram mulheres de diferentes origens étnicas, raças, ocupações, idades e estilos de vida, mas que junto de si exibiam um

⁸ Parte da trajetória aqui apresentada já foi descrita em Santos (1991).

traço em comum: sabiam pouco sobre sua constituição biológica, sobre suas necessidades de saúde. Aparentemente desamparadas diante de seus ritmos e ciclos, cultivavam fortes sentimentos de vergonha em relação à estrutura e funcionamento de seus corpos, bem como de medo diante das alterações ocorridas neles. Mulheres que, por desconhecerem aspectos básicos de sua constituição biológica, métodos de prevenção e importância do tratamento precoce em relação a algumas alterações no seu estado de saúde, bem como dos fatores de risco relacionados a algumas doenças, experimentavam, com frequência, a dor, o sofrimento e a perda de órgãos como a mama, o útero, os ovários e, muitas vezes, a própria vida.

Lembro-me que algumas, no desespero de experimentarem uma gravidez indesejada, recorriam com frequência à prática do aborto, quase sempre utilizando métodos não assépticos e extremamente agressivos, como agulhas de tricô, sondas, instrumentos pontiagudos, chás e poções abortivas, o que lhes acarretavam complicações, desde as mais simples como as infecções localizadas, até as mais complexas, como as pelviperitonites, septicemias, quando não a morte. Tais ocorrências foram na época objeto de estudo desenvolvido por um grupo de enfermeiras, cujos resultados foram posteriormente publicados por Boehs et al., 1983. Outras, muitas vezes ainda jovens, apresentavam tumores malignos de colo uterino, absolutamente preveníveis, com estadiamento extremamente avançado, o que as incluía no grupo denominado por muitos médicos oncologistas de “FPT”, ou seja, fora de possibilidades terapêuticas.

Nesse período, o referencial teórico por mim adotado no ensino e assistência, fundamentava-se na teoria de Horta (1971), desenvolvida a partir da teoria da motivação humana de Maslow, que, por sua vez, se sustentava nas necessidades humanas básicas. Esta teoria de Enfermagem, cuja utilização predominava no Brasil, foi a única abordada durante a minha formação profissional em nível de graduação, e sua utilização, na prática, durante esse período, embora seguisse o modelo biomédico, cartesiano, mostrou-se útil naquele contexto histórico, especialmente no que se refere ao conhecimento das necessidades básicas das mulheres assistidas, bem como de suas limitações e potencialidades face às situações de saúde/doença. A partir da implementação dessa teoria na prática, passei a melhor *compreender, sentir e saber*

sobre a realidade vivenciada por essas mulheres, e também a perceber, dentro de minha ótica até então eminentemente biologicista, que o corpo humano, em especial o da mulher, é mais do que um simples organismo físico oscilando entre a saúde e a doença, constituiu-se também o foco de um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, sua estrutura e funcionamento, conforme descreve Helman (1994).

Esse período, que teve a duração de cinco anos, foi suficiente para eu compreender que a *problemática da saúde da mulher* constituía-se em um campo fértil para minha atuação profissional. Aliás, foi experienciando essa realidade concreta, que aprendi de fato a importância das medidas de promoção da saúde e proteção específica para as diversas situações de saúde/doença inerentes à mulher. Nesse particular, percebi também que, independente do estrato social, raça, religião e estilo de vida, as mulheres precisariam conhecer mais sobre sua constituição biológica, suas necessidades de saúde, os riscos ocupacionais que lhes são específicos, os padrões emocionais que acompanham seus ritmos e ciclos, tais como a menstruação, a gravidez (desejada ou não), o parto, a amamentação, a menopausa, entre outros aspectos não menos relevantes.

A passagem destes primeiros cinco anos para os dez seguintes, assinala um novo período de minha trajetória profissional. Surgem novos desafios e, com eles, novas responsabilidades. Assumo a Gerência de Enfermagem da Instituição. Agora, além das atividades assistenciais e de ensino, assumo atividades administrativas, gerenciais. Isso se deu em 1981, momento em que, de um lado, era lançada no Brasil a Campanha Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e, por outro, eu iniciava o Curso de Especialização em Enfermagem na Saúde do Adulto, promovido pelo Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Em relação ao primeiro momento do novo período, pude assistir, na época, a um movimento intenso nos diversos segmentos da sociedade brasileira, no sentido de promover o aleitamento materno e reverter os índices alarmantes do desmame precoce em nosso meio. Profissionais e instituições da área da saúde e da educação, bem como a sociedade em geral, são conclamados a se engajarem na luta pró-aleitamento materno. Inserida nesse contexto e diretamente envolvida com a problemática, uma

vez que desenvolvia minhas atividades assistenciais, docentes e gerenciais em uma maternidade, passei a me envolver e interessar pelo tema.

No que diz respeito às atividades técnico-administrativas, tive oportunidade de participar da revisão e elaboração das rotinas internas da Instituição visando à promoção do aleitamento materno, como por exemplo: implantação do sistema alojamento conjunto em substituição ao berçário tradicional para mães e recém-nascidos normais, planejamento, implantação e funcionamento do Banco de Leite Humano e CIAM (ASSIS; SANTOS e SILVA, 1983; SANTOS; ASSIS, 1985), criação de uma comissão interdisciplinar interna de incentivo ao aleitamento materno, capacitação de pessoal, entre outras atividades.

Quanto às atividades científicas, além de me tornar uma leitora assídua das publicações referentes ao tema, tive o privilégio de participar de inúmeros congressos, jornadas, simpósios e cursos que muito me enriqueceram. Em relação à assistência, a qual passei a me engajar em função dos conhecimentos teóricos adquiridos acerca do valor inestimável do leite humano bem como da importância e vantagens do aleitamento materno para a mulher e à criança, pude perceber logo de imediato, através da minha atuação como enfermeira do Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno (CIAM), que as mulheres de um modo geral, mais uma vez, demonstravam pouco conhecimento sobre aspectos básicos da estrutura e funcionamento de seus corpos, agora mais especificamente no que se refere à lactação. Nesse particular, tive a oportunidade de prestar assistência de enfermagem a mulheres que, embora motivadas para amamentar, pareciam desconhecer completamente a estrutura da glândula mamária, a fisiologia da lactação, os fatores que interferem na prática do aleitamento materno, os cuidados profiláticos relativos aos principais problemas com a lactação, o que dificultava sobremaneira a obtenção de êxito nessa prática. Aliás, essas mulheres em sua grande maioria apresentavam-se despreparadas para amamentar, não só no que diz respeito ao aspecto cognitivo, mas também no que se refere aos aspectos físicos, afetivos e ambientais (cultura da mamadeira). Essa realidade, tão rica e amplamente vivenciada na prática, aliada à leitura constante de trabalhos na área, reforçava uma vez mais a importância e necessidade de eleger a mulher como foco central no aleitamento materno.

No que se refere ao segundo momento, ou seja, à realização do Curso de Especialização em Enfermagem na Saúde do Adulto (UFSC), tive a oportunidade de realizar a disciplina Metodologia da Assistência de responsabilidade, na época, das Professoras Doutoras Lidvina Horr e Eloita Pereira Neves, sendo que a última recém-chegava dos Estados Unidos da América do seu Curso de Doutorado em Enfermagem. Foi realizando essa disciplina que tive pela primeira vez contato com outros referenciais teóricos de Enfermagem, especialmente no que se refere às teorias de King, Orem, Rogers e Roy, todas enfermeiras norte-americanas.

A partir do estudo e aprofundamento das referidas teorias e de reflexões acerca da prática que eu vinha desenvolvendo, pude perceber que a teoria do Autocuidado de Orem poderia ser útil como guia no direcionamento da assistência de enfermagem à população de mulheres assistidas. Esta teoria foi desenvolvida a partir de um novo marco conceitual, no qual Orem (1971, 1980, 1985, 1991), acredita que o profissional de Enfermagem, juntamente com o cliente, deve identificar *déficits* de competência no atendimento das necessidades individuais de autocuidado, procurando desenvolver nestes indivíduos os potenciais já existentes para a prática do autocuidado. De acordo com este marco, o profissional de Enfermagem intervém como regulador do sistema de autocuidado do indivíduo, fazendo por ele aquilo que não pode fazer por si, ensinando, orientando e promovendo o desenvolvimento de suas capacidades, para que possa se tornar independente da assistência de enfermagem, assumindo seu autocuidado.

Assim sendo, de acordo com o entendimento prévio que eu tinha, esta teoria, se aplicada a este universo de mulheres, possibilitaria resgatar de forma efetiva a participação da mulher como um “ser-sujeito” nas decisões e cuidados sobre sua própria saúde, estimulando seus potenciais já existentes e até devolvendo-lhe um saber/poder que historicamente lhe fora expropriado (KINIEBIEHLER; FOUQUET, 1980; PITANGUY, 1989). Foi, então, a partir da realização desta disciplina de Metodologia da Assistência que comecei a me interessar por ela.

Prosseguindo minha trajetória profissional sem me desvincular do ensino e da assistência, pude experienciar, alguns anos mais tarde, a implementação da teoria do Autocuidado na prática. Isso se deu em 1984, quando fui procurada e convidada por

um grupo de quatro alunas da VIII Unidade Curricular (atual 8ª fase), do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, para ser orientadora de um projeto assistencial a ser desenvolvido com puérperas na maternidade a partir da teoria de Orem. De início, confesso que, de um lado me senti temerosa em aceitar o convite, pois ainda me sentia pouco instrumentalizada e até insegura quanto à implementação prática da referida teoria, mas, por outro lado, entendi que esse poderia ser um momento importante de aprendizagem não só para as alunas, mas também, e, sobretudo, para mim. Prevalecendo o segundo, aceitei o desafio. Embora com limitações e algumas dificuldades operacionais, a experiência foi bastante rica e gratificante, constituindo-se em um momento privilegiado tanto no que diz respeito à absorção de novos conceitos para o direcionamento da assistência de enfermagem prestada, como também para desmistificar a dicotomia teoria/prática. O relato desta experiência foi publicado dois anos mais tarde (REMOR, et al., 1986).

Foi com base nesta experiência descrita acima que desde quando iniciei a cursar o Mestrado, em 87/02, tive como objetivo desenvolver algum estudo envolvendo a mulher, a teoria do Autocuidado e o aleitamento materno. A princípio cogitei em realizar um estudo acerca da competência da mulher para o autocuidado no aleitamento materno, direcionando esforços no sentido de aprofundar meus conhecimentos no que diz respeito a estes temas.

Em relação ao aleitamento materno, ao buscar novos conhecimentos através da revisão da literatura, agora com um olhar mais rigoroso, profundo e global acerca do tema, identifiquei importantes lacunas de conhecimento sob o ângulo da mulher. Nesse particular, constatei que o foco ideológico que permeava a grande maioria dos estudos publicados, apontava para duas direções: de um lado para a criança que mama (o receptor) e de outro para o produto (o leite humano), com todas as suas propriedades imunológicas, nutricionais e bioquímicas. Assim, enquanto inúmeros conhecimentos já se mostravam definitivos e claros quanto ao valor inestimável do leite humano, e diversos estudos se empenhavam em comprovar os malefícios para a criança do não-recebimento desse alimento, constatei que pouco se tinha feito no que diz respeito à mulher lactante. Isso vinha reforçar mais uma vez a necessidade e importância de

deslocar a questão do enfoque predominantemente pediátrico para outras direções, especialmente, no que se refere à mulher.

Quanto à teoria do Autocuidado, realizei uma disciplina optativa no Curso de Mestrado, objetivando aprofundar meus conhecimentos em relação ao autocuidado e competência do indivíduo para com ele. Ao cursar essa disciplina, tive a oportunidade de rever a produção de conhecimentos referentes à teoria de Orem propriamente dita, bem como aos estudos realizados em relação a esses conceitos.

No transcurso da realização dessas disciplinas, bem como de outras que se davam paralelamente, surgiu uma nova proposta apresentada pelas docentes do Curso de Mestrado: transformar o projeto que estava sendo desenvolvido para a disciplina de Prática Assistencial, no projeto de dissertação. Esse projeto constituía-se na elaboração e implementação de um marco conceitual fundamentado em uma das teorias de Enfermagem, para direcionar a assistência a indivíduos/grupos em alguma situação específica de saúde/doença.

Logo de imediato, essa proposta se configurou para mim em um desafio tentador e irrecusável em decorrência de várias razões. Em primeiro lugar, porque possibilitaria resgatar e revitalizar aspectos relevantes de minha trajetória profissional, fazendo valer a experiência, a motivação e os conhecimentos que adquiri ao longo desses anos acerca dos temas mulher, aleitamento materno e teoria do Autocuidado. Em segundo lugar, porque eu acreditava que a organização do conhecimento para direcionar a prática assistencial desenvolvida pela Enfermagem se revestia de fundamental importância. Isso porque permitiria ao profissional buscar respostas e soluções para as questões/problemas vivenciados no dia-a-dia através de reflexões, o que certamente reverteria em avanços no conhecimento da Enfermagem e, conseqüentemente, determinaria progressos na qualidade da assistência prestada. Em terceiro lugar, por considerar extremamente importante a absorção das teorias de Enfermagem na prática, como forma de contribuir para a consolidação da Enfermagem como uma profissão com um corpo de conhecimentos próprios, autônoma em face de outras disciplinas das áreas de ciência de saúde e humana. E, em quarto e último lugar, por entender que a implementação da referida proposta poderia trazer implicações

importantes para a Enfermagem, tanto no que diz respeito à assistência, como também ao ensino e à pesquisa.

Assim, alicerçada nessas reflexões e na minha trajetória profissional, aceitei o desafio e optei pela elaboração e implementação de um marco conceitual e um processo de Enfermagem fundamentados na teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, para direcionar a assistência de enfermagem à mulher no aleitamento materno, constituindo-se esse estudo em minha dissertação de Mestrado.

Foi durante a aplicação desse marco conceitual na prática, realizada na maternidade e em domicílio, que passei a vislumbrar a mulher de forma mais integral, ou, como no dizer de Leopardi (1994), de modo mais equidiverso, direcionando meu olhar para suas diferentes dimensões, percebendo-a como um ser total, singular e integrado ao contexto sociocultural.

Com essa experiência, pude aprofundar e compreender um pouco mais sobre a forma como essa mulher percebia o mundo, o modo como o vivenciava emocionalmente e como se comportava dentro dele em relação às outras pessoas e ao meio ambiente. Além desses aspectos, acredito que o marco conceitual trouxe outras importantes contribuições para a assistência de enfermagem, oferecendo subsídios concretos para a absorção da teoria do Autocuidado na prática assistencial, contribuindo para o desenvolvimento e implementação de marcos conceituais para direcionar a assistência de enfermagem à mulher no aleitamento materno.

Do mesmo modo, acredito que o mesmo também traz contribuições valiosas para o ensino, propiciando intercâmbio de experiências entre discentes e docentes dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem em relação à implementação de marcos conceituais na prática de enfermagem, favorecendo a sua absorção e socialização, o que pode ser comprovado pelos inúmeros trabalhos de conclusão do curso de graduação realizados utilizando a teoria do Autocuidado para direcionar a prática assistencial.

Após a conclusão do Curso de Mestrado em 1991, retornei às minhas atividades docentes-assistenciais “normais”, com uma bagagem teórica que me permitia ousar e refletir criticamente sobre minha prática. De início me senti como de volta ao “*mundo das cavernas*”, conforme descrito em alegoria idealizada por Platão (1989). O modelo

assistencial vigente na Instituição onde eu atuava como enfermeira, privilegiava a cultura da mamadeira, adotando práticas e políticas que contribuíam de forma decisiva para retardar, obstaculizar e até mesmo impedir a amamentação.

Nesse contexto, inexistiam normas e rotinas específicas para apoiar, proteger e promover o aleitamento materno nos diversos setores; os profissionais de saúde não estavam devidamente capacitados para promover e manejar adequadamente a lactação; as gestantes que procuravam o serviço de pré-natal nem sempre eram orientadas sobre a importância e vantagens da amamentação; o bebê quando nascia era imediatamente separado da mãe e mantido em berçário; o uso de mamadeiras e chupetas era uma prática comum, aceita “naturalmente” sem grandes questionamentos; e, ainda, dos 48 leitos do SUS (Sistema Único de Saúde) destinados à assistência obstétrica, somente quatro funcionavam como sistema de alojamento conjunto, de acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Diante desse quadro, eu refletia: como desejar que as mães amamentem seus filhos se nós profissionais diretamente envolvidos com o “cuidado” não oferecemos condições para tal? Era preciso transformar a realidade, romper com o paradigma vigente.

Tendo consciência da importância e vantagens para a saúde da mãe e da criança, com todas as suas implicações sociais, políticas, culturais e econômicas, iniciei uma nova trajetória profissional. Agora, era preciso devolver para a prática, no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de vida do ser humano, o conhecimento adquirido. Transformá-lo em benefício para a sociedade; esse era meu compromisso, meu novo desafio. Isso se deu logo após o lançamento, em âmbito mundial, da iniciativa Hospital Amigo da Criança, uma proposta do UNICEF/OMS, já mencionada anteriormente. Após análise criteriosa dessa proposta à luz dos conhecimentos empíricos e científicos acumulados, percebi que ela poderia ser útil como estratégia para reverter a ordem vigente.

Com base nisso, foi iniciado um processo de transformação na maternidade, que durou aproximadamente três anos. Foi um processo de participação coletiva, onde a Enfermagem teve papel relevante, permeado por dificuldades, contradições, muito trabalho e determinação. Uma verdadeira revolução que culminou com o reconhecimento da maternidade como referência internacional na área do aleitamento

materno pelo UNICEF/OMS/MS em 1996, quando obteve o título de Hospital Amigo da Criança.

Credenciada pelo UNICEF/MS em 1994 como avaliadora para esse Programa no Brasil, e também como membro da Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (Rede IBFAN-Brasil), sendo responsável pela coordenação local (Seção Florianópolis, SC), passei a atuar como mobilizadora no sentido de contribuir para que outras instituições do nosso Estado e fora dele, pudessem ser também transformadas em amigas da criança, bem como defensoras do cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL).

Paralelamente a estas atividades, que reforçavam cada vez mais a importância de resgatar a cultura do aleitamento materno em nosso meio, continuei a desenvolver minhas atividades assistenciais como enfermeira do Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno, com base no marco conceitual fundamentado na teoria de Orem, buscando identificar junto às mulheres nutrizas, *déficits* de competência para o autocuidado no aleitamento materno, para, com base neles, poder intervir profissionalmente, visando sempre ao fortalecimento de sua autoconfiança como meio de obter sucesso nessa prática.

Do convívio contínuo com gestantes através de cursos preparatórios para casais grávidos e puérperas que me procuravam diariamente em busca de apoio, cuidados, orientação e aconselhamento em amamentação, agora, no contexto com uma filosofia onde o aleitamento materno é enfatizado, protegido e apoiado, emergem novas reflexões e questionamentos.

Dando prosseguimento a essa trajetória, ingresso, aproximadamente dez anos mais tarde, no Curso de Doutorado em Enfermagem, onde sou mais uma vez convidada a pré-refletir sobre a escolha do tema, dos referenciais teórico-filosófico e metodológico, a serem adotados em minha tese de doutoramento. Ao iniciá-lo, fiz opção pela área de Concentração em Filosofia em Enfermagem e Saúde. Aliás, sempre me interessei muito pela Filosofia, e penso que nenhuma área do saber prescinde dela. Logo de imediato me interessei também pela fenomenologia, não só como referencial teórico-filosófico, como também metodológico. Meu primeiro contato com essa abordagem filosófica se deu no início da década de 90, por ocasião da realização da

disciplina Fundamentos Filosóficos da Pesquisa, do Curso de Mestrado, ministrada pelo ilustre Professor Doutor Alberto Cupani, do Departamento de Filosofia da UFSC. Na época já comecei a perceber que ela poderia ser muito útil e trazer contribuições ontológicas e epistemológicas importantes para o desenvolvimento da prática e do conhecimento da Enfermagem, tendo em vista o caráter especial que os fenomenólogos atribuem ao ser humano, ao tratá-lo como um ser capaz de dar significado ao mundo, e não como sendo “meras coisas”. Lembro-me que tal caracterização fez reportar-me à Enfermagem e às suas teorias, onde a natureza do ser humano é abordada nos seus mais variados aspectos, sempre com a preocupação notória de também lhe atribuir um caráter especial, já que ele se constitui na “razão de ser da Enfermagem”, tendo ela surgido “com” o ser humano e “para” o ser humano.

Essas primeiras noções, embora bem preliminares, já me levavam a refletir sobre observações do meu cotidiano, onde a Enfermagem apresentava-se rica em situações em que nem sempre o ser humano era visto na sua totalidade, como um ser-sujeito no mundo, livre e expressivo. Com frequência, e até podia-se afirmar que, diariamente, os indivíduos submetidos a tratamentos no âmbito hospitalar, eram tratados como objetos, cujos sentimentos e expressões, considerados como subjetivos, eram, na maioria das vezes, ignorados, levando a grosseiros erros assistenciais, alguns com danos irreversíveis. Era comum pacientes serem tratados como “psicados,” quando objetivamente, ou seja, através de sinais e sintomas observáveis, mensuráveis; não era possível estabelecer um diagnóstico. Outro exemplo que também denunciava a descaracterização do ser humano como um ser-sujeito no mundo com singularidades, se dava quando o mesmo era reduzido a números, patologias ou outras expressões pejorativas, como, por exemplo, o aidético do quarto 21, o que os despojavam de qualquer conotação de caráter especial.

O aprofundamento dos conhecimentos teórico-filosóficos oportunizados durante a realização das disciplinas do Curso de Doutorado e, em especial, o estudo independente sobre a teoria fenomenológica da expressão de Merleau-Ponty realizado com o Professor Doutor Marcos José Müller, do Departamento de Filosofia da UFSC, que recém-concluía seu Curso de Doutorado em Ontologia e História da Filosofia com a tese intitulada “Merleau-Ponty acerca da expressão” (2001), bem como, através

da participação em seminários, congressos, cursos, entre outros, aliada à experiência acumulada em 26 anos de convívio com mulheres na prática da amamentação e à tomada de consciência da importância de aprofundar os conhecimentos para melhor compreender a situação vivenciada por essas mulheres face à problemática do HIV/AIDS, serviram-me de norteadores para a definição do tema a ser estudado.

Sem me apartar de meus companheiros de trajetória, ou seja, do ser-mulher e do aleitamento materno, e após alguns *insights* iniciais, optei por desenvolver um estudo que possibilitasse compreender o significado da amamentação para as mulheres, agora sob um novo ângulo: o daquelas que, por serem portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, estão, *a priori*, cerceadas da liberdade de escolha em relação à amamentação de seus filhos. E para melhor compreender esse fenômeno situado, optei, como referencial teórico-filosófico, pelo modelo fenomenológico acerca da expressão de Merleau-Ponty e pelo método fenomenológico-hermenêutico de inquérito e de análise, conforme descrito por van Manen, cujas aproximações já explicitarei no capítulo anterior.

Acredito que, embora o tema do estudo estivesse sendo gestado no percurso de minha trajetória existencial, ele emergiu quando tive que me afastar de minhas atividades do Curso de Doutorado por um período de dois anos, para assumir a Direção Geral da Instituição onde exerci minhas atividades docentes-assistenciais como enfermeira durante 26 anos. Concomitantemente a essa função, fui incumbida de coordenar os programas das áreas da Saúde da Mulher e da Criança da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC). Essa condição permitiu-me, além de inúmeras atividades, participar de reuniões macrorregionais coordenadas pela área técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, onde, entre outros assuntos, o tema da problemática da transmissão vertical do HIV/AIDS da mãe para a criança era um dos prioritários na agenda governamental.

Paralelamente, fui convidada a participar de um projeto em âmbito estadual, desenvolvido em parceria com a coordenação da área de DST/AIDS da SES/SC, voltado para a sensibilização e capacitação de profissionais de saúde das maternidades do Estado de Santa Catarina, cujo tema central também era relacionado à transmissão

vertical. As discussões tanto em âmbito nacional quanto em estadual, reforçaram mais uma vez meu interesse pela temática do estudo, já que pude perceber que ela vem se configurando cada vez mais como uma questão pública e social de grande magnitude, afetando, de modo avassalador, várias pessoas e grupos sociais de todo o mundo e, em especial, as mulheres e crianças.

E como a vida segue, no transcurso do desenvolvimento do presente estudo, tive o privilégio de participar de dois cursos, que trouxeram importantes contribuições para meu aperfeiçoamento pessoal e intelectual: o I Curso de Aconselhamento em HIV e Alimentação Infantil realizado em São Paulo no período de 20/10 a 25/10/2003, o primeiro na América Latina, promovido pela Organização Mundial da Saúde, sendo coordenado internacionalmente pela Doutora Constança Vallena, da OMS/Genebra, e, no Brasil, pela Doutora Marina Ferreira Rea, do Instituto de Saúde de São Paulo; e o Curso de Fenomenologia, Gestalt e Psicoterapia, coordenado pelo filósofo e Professor Doutor Marcos José Müller-Granzotto (professor convidado) e pela psicóloga e gestalt-terapeuta Professora Rosane Lorena Granzotto, realizado em Florianópolis, SC, no período de agosto a novembro de 2003.

CAPÍTULO 3

UM OLHAR NA LITERATURA:

O SABER EXISTENTE QUE CIRCUNDA O FENÔMENO DO ESTUDO.

Abordar a problemática do fenômeno HIV/AIDS e amamentação, tendo como perspectiva a compreensão do significado da privação do ato de amamentar para o ser-mulher/mãe HIV positiva, exigiu da pesquisadora um entendimento preliminar, não do fenômeno específico em si, o que descaracterizaria a natureza legitimamente fenomenológica a que se propõe o estudo, mas de aspectos gerais dos conhecimentos existentes que gravitam em torno desta questão e que considero fundamentais para uma compreensão mais profunda, radical e abrangente acerca do tema. Assim sendo, neste capítulo, que está dividido em duas partes, procuro, num primeiro momento, resgatar, mesmo que em breves linhas, os antecedentes históricos gerais sobre a origem e evolução do fenômeno HIV/AIDS na Humanidade, incluindo os modos de transmissão correntemente aceitos e alguns aspectos epidemiológicos gerais; e, num segundo, enfoco o fenômeno HIV/AIDS no tempo e no espaço da existência da mulher e apresento estudos que abordam a transmissão do HIV através da amamentação, a situação atual e perspectivas futuras da mulher/mãe com HIV/AIDS face à amamentação e o significado de amamentar sob a ótica da mulher.

3.1 O FENÔMENO HIV/AIDS: ASPECTOS GERAIS

3.1.1 O fenômeno HIV/AIDS: sua origem e evolução histórica

Após quase um quartel de século do surgimento da pandemia que se configurou como um dos maiores desafios enfrentados pela Humanidade, despertando o olhar atento de um espectro de pesquisadores, clínicos e da sociedade em geral, parece pouco criativo resgatar mais uma vez, mesmo que brevemente, aspectos relacionados

com o seu surgimento e sua evolução histórica até os dias atuais. Mas nem por isso considero ser menos importante, especialmente por entender que este se constitui em um pré-requisito básico para todos aqueles que desejam se aproximar, atuar ou aprofundar seus conhecimentos nesta área específica que, indiscutivelmente, assume diferentes contornos ao longo dos tempos e nos distintos espaços.

De modo geral, o percurso do HIV/AIDS pode ser dividido em quatro períodos relativamente distintos, conforme sugere o Relatório Global – AIDS no Mundo (MANN; TARANTOLA e NETTER, 1993). Um primeiro, que pode ser considerado como precursor à identificação da doença propriamente dita, quando o HIV se alastrou silenciosa e invisivelmente em vários países, sem que estudiosos e clínicos percebessem sua existência. Isto se deu, aproximadamente, no período compreendido entre os anos de 1970 e 1980, quando, de acordo com Mann, Tarantola e Netter (1993), cerca de 100.000 indivíduos de 120 países foram infectados pelo HIV e praticamente nada se sabia sobre a doença.

Vários estudos retrospectivos têm sido realizados no sentido de rastrear a verdadeira origem e o exato momento do aparecimento do HIV/AIDS no planeta, e descobertas recentes parecem nos aproximar daquele que teria sido o primeiro portador identificado: o chimpanzé da espécie *Pantroglodytes* encontrado na África. Reportagem publicada na revista britânica Nature, em fevereiro de 1999, confirma esta tese. Tal confirmação foi obtida por um grupo de doze cientistas norte-americanos, britânicos e franceses. Evidências sugerem que 70% desses macacos estariam infectados com um tipo de vírus semelhante ao que foi encontrado no homem, e embora ainda se desconheça os mecanismos de transferência dele para a população humana, é certo que foi desse macaco que o vírus partiu para se expandir por todos os continentes (LAWRENCE, 1999; HAHN et al., 2000).

Apesar das tentativas, ainda não foi dada uma explicação integralmente aceitável pela comunidade científica de como se deu a transferência do vírus para os seres humanos. Várias hipóteses têm sido formuladas: alguns especulam que ela possa ter ocorrido pela ingestão de carne crua contaminada, outros sugerem que tenha sido através de ferimentos resultantes de luta corporal com caçadores, e ainda existem aqueles que atribuem à utilização de sangue ou órgãos de chimpanzés para o

desenvolvimento de vacinas. Em relação à última hipótese, alguns pesquisadores provocaram muita polêmica ao apresentarem suas suspeitas. Cito, à guisa de exemplo, o caso do virologista molecular americano Robert Bohannon, que afirmou ter descoberto um vírus semelhante ao HIV em doses de vacina antipólio produzidas com fígado de chimpanzés africanos. A referida vacina, fabricada nos Estados Unidos, teria sido testada nos anos 50 em várias regiões da África, exatamente onde anos mais tarde seria definido como o epicentro da primeira epidemia africana de AIDS. Ao término da experiência, segundo os responsáveis, a vacina não foi comercializada pelo fato de ter perdido a concorrência de fornecimento para a de Albert Sabin (1906-1993). Esta tese, embora tenha suscitado muita polêmica, ganhou alguns defensores, entre os quais destaco Curtis (1992).

Tais conjecturas têm levado alguns estudiosos a acreditar que a infecção dos seres humanos pelo HIV já estaria ocorrendo há bastante tempo, embora em proporções muito pequenas. Existem até suspeitas de que a introdução do vírus em larga escala se deu, de modo acidental, com a realização de testes com a vacina antipoliomielite inicialmente em áreas urbanas da África e, posteriormente, disseminado de forma epidêmica, através de viajantes (turistas, comerciantes, pesquisadores, integrantes de grupos de voluntários, entre outros), e também por outras pessoas que, tendo mantido contato com o vírus através de relação sexual com habitantes da região ou recebido hemotransfusão com sangue contaminado, teriam transportado o vírus primeiramente para os Estados Unidos e Europa, e, depois, para os demais países e continentes.

O segundo período, compreendido entre 1981 e 1985, tem seu início com a identificação dos primeiros casos registrados nos Estados Unidos da América, na Europa e, posteriormente, nos outros continentes. Esses casos foram, de modo um tanto impreciso, oficialmente publicados em 1981 pelo Serviço de Epidemiologia do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de Atlanta, Geórgia (USA), importante centro especializado em doenças transmissíveis. Este serviço, contando com o apoio de laboratórios especializados, identificava o aparecimento de uma nova síndrome (AIDS), cujas características, consideradas bastante peculiares dos pontos de vista clínico e imunológico, estavam associadas a diferentes processos infecciosos e,

em algumas situações, até mesmo a neoplasias, como a conhecida pela designação de angiossarcoma de Kaposi (CDC,1981). Em seu boletim, publicado em junho de 1981, descrevia a ocorrência de cinco casos de homossexuais masculinos ativos, acostumados a diversas parcerias, apresentando um tipo bastante raro de pneumonia – a *Pneumocistose*, provocada pelo *Pneumocystis carinii*. Todos eles, além de apresentarem infecção pelo citomegalovírus (CMV) e candidíase de mucosa orofaríngea, tinham também como característica em comum o uso abusivo de drogas inalantes e um histórico rico em ocorrências de doenças sexualmente transmissíveis. Esses foram os primeiros casos clínicos oficialmente registrados no período compreendido entre outubro de 1980 e junho de 1981 em três hospitais de Los Angeles (LACAZ; MARTINS, 1990).

Em julho de 1981, portanto um mês após a publicação oficial do primeiro relatório, o CDC era informado sobre a ocorrência de 26 casos em Nova Iorque de uma forma grave de sarcoma de Kaposi, associada ao comprometimento do sistema imune de causa desconhecida, em adultos jovens, do sexo masculino, e também homossexuais, resultando na publicação, em seu boletim, de um segundo artigo, intitulado “Sarcoma de Kaposi e Pneumocitose em homossexuais masculinos – Nova York e Califórnia,” cujo conteúdo, além de descrever os casos, procurava alertar a classe médica sobre as ocorrências registradas nos últimos trinta meses (CDC, 1981: 305-8).

Assistia-se, com perplexidade, ao surgimento de uma nova síndrome, cujas observações e primeiros relatos falavam de uma misteriosa doença infecciosa, transmissível e que abalava profundamente o sistema imunológico das pessoas afetadas, provocando um verdadeiro colapso. Pelas características da população acometida inicialmente, a comunidade médica americana entendeu que a AIDS estaria circunscrita à comunidade *gay*, sendo então identificada por alguns como a “peste *gay*”, “praga *gay*” e outras expressões similares (PRATT, 1987, PARKER et al., 1994). Entretanto, surpreendidos com o surgimento de novos casos, agora não mais restritos a este segmento específico, os epidemiologistas do CDC passaram a achar que a mesma estaria segregada aos chamados “grupos de risco” ou *For-H* (os quatro h h homossexuais, hemofílicos, haitianos e *heron-additis* (viciados em heroína). Pouco

mais tarde, alguns autores adicionaram mais um “h” referente a *hookers*, ou seja, às prostitutas (LACAZ; MARTINS, 1990; CAMARGO Jr., 1994). A partir daí, os casos de AIDS foram se multiplicando, e a literatura médica, científica e leiga sobre o assunto se avolumando. Transformada na mais coletiva das doenças dos pontos de vista social e humano, a categoria “grupos de risco” foi substituída por aquela que se denominou mais tarde de “comportamento de risco”.

Somente um ano após a publicação oficial dos primeiros casos, ou seja, no final de 1982, é que a AIDS⁹, antes mesmo de ser conhecida sua etiologia, recebeu esta denominação, que é um acrônimo de *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, em português) ou vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). Ela foi proposta pela primeira vez por Donald Armstrong, Chefe do Serviço de Doenças Infecciosas do New York’s Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (LACAZ; MARTINS, 1990).

No que se refere ao HIV, sigla adotada pela comunidade científica para designar o agente etiológico da AIDS, registros históricos mostram que o mesmo foi isolado na França por Jean Luc Montagnier do Instituto Pasteur, em 1983, o qual denominou de LAV (Vírus Associado à Linfadenopatia), e, concomitantemente nos Estados Unidos pelo Professor Roberto Gallo do National Institute of Cancer, em 1984, o qual designou de HTLV-III (Vírus Linfotrópico pela Célula T Humana, tipo III). Após algumas discussões e muitas controvérsias entre os pesquisadores pelo reconhecimento da paternidade do vírus causador da AIDS, em maio de 1986, com a intermediação do Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus, composto de especialistas em retrovírus humanos, decidiu-se que ambos os vírus passariam a ser universalmente denominados de HIV (LACAZ; MARTINS, 1990; PRATT, 1987). Portanto, nesse segundo período foi identificado o agente etiológico causador da AIDS, foram estabelecidas as vias de transmissão e delineadas as primeiras recomendações para medidas preventivas, e, segundo Brasil (1992), embora tenham sido verificados importantes avanços no campo

⁹ Designada pelos franceses de SIDA (*Syndrome d’immunodéficience acquise*), “é uma síndrome infecciosa provocada por um vírus linfoneurotrópico da família Retroviridae, subfamília Lentivirinae, denominado HTLV-III, também conhecido como LAV (Vírus Associado à Linfadenopatia) ou vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)” Lacaz; Martins, 1990, p. 8.

da clínica e da epidemiologia, “não houve por parte da sociedade uma contrapartida para impedir o avanço da epidemia” (p. 108).

O terceiro período, compreendido entre 1985 e 1992, caracterizou-se pela mobilização intensa da sociedade em geral com o objetivo de evitar a expansão da epidemia. Foram criados programas nacionais e internacionais, envolvendo organizações governamentais e não-governamentais, tendo as ações sociais impactos importantes sobre a curva de crescimento da epidemia.

Por último, o quarto período, que tem início no ano de 1992 e se estende até os dias atuais e que está caracterizado pelo ritmo acelerado do crescimento da pandemia sem a devida resposta social. Tal descompasso tem ampliado a lacuna entre um e outro de forma perigosa (BRASIL, 1992). Ao delinear o quadro global da epidemia no mundo com base nas informações sistematizadas neste último período, Mann; Tarantola e Netter (1993) sublinham três aspectos importantes: um primeiro, em que fazem a constatação de que nenhum país acometido pelo HIV conseguiu impedir a disseminação da epidemia; um segundo, em que identificam a expansão do HIV para regiões do planeta que não haviam sido anteriormente por ele atingidas; e um terceiro, em que chamam a atenção para a complexidade da epidemia, tendo como base seu impacto na sociedade em geral e, de modo especial, entre as mulheres (MANN; TARANTOLA e NETTER, 1993).

Desde as primeiras evidências da doença, a presença do HIV foi detectada em diferentes fluidos e tecidos corporais por diversos pesquisadores. Entre eles estão incluídos: o sangue, espermatozoides, lágrima, saliva, colostro, leite humano, urina, secreções vaginais e cervicais, células da medula óssea, gânglios linfáticos, tecido cerebral e pele (POPULATION REPORTS, 1987).

No que se refere às categorias de exposição à doença, desde o aparecimento dos primeiros casos até o início do século XXI, basicamente três foram identificadas e são universalmente aceitas: a sexual, a sangüínea e a vertical ou perinatal. A transmissão sexual inclui todas as modalidades de relação (homo, hetero ou bissexual), contrariamente ao que se pensava no início quando a doença foi associada de modo restrito à comunidade *gay* (homossexuais masculinos). A transmissão sangüínea inclui a exposição parenteral ou de mucosas, sangue e hemoderivados, instrumentos ou

tecidos infectados pelo vírus (e aqui podem ser incluídos o uso abusivo e compartilhado de drogas endovenosas, os transplantes de órgãos e a inseminação artificial). E, por último, a transmissão vertical, também conhecida como materno-infantil ou transmissão vertical da mãe para a criança (TVMC), que está relacionada à transmissão do HIV da mãe para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação, conforme descrito anteriormente (BERER; RAY, 1997).

A análise de alguns estudos na literatura mostra que os diferentes padrões de transmissão da infecção pelo HIV mantêm estreita relação com as diferentes formas de organização social, apresentando-se de maneira distinta em cada área geográfica e alcançando diferenciados segmentos populacionais em distintos momentos (MANN; TARANTOLA e NETTER, 1993, CDC, 2001). Neste particular, é possível perceber que, nas diferentes regiões do continente africano, as principais formas de transmissão do HIV se deram através das relações heterossexuais e da transmissão materno-infantil. Nos Estados Unidos, Europa ocidental e em vários países da América Latina prevaleceu a utilização compartilhada de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis, apesar do lugar de destaque que ocuparam os homossexuais masculinos no início da epidemia.

Transcorridas pouco mais de duas décadas após o anúncio oficial dos primeiros casos de AIDS e a descoberta do seu agente etiológico – o HIV, muitos estudos e pesquisas foram e continuam sendo desenvolvidos, proporcionando avanços em relação aos conhecimentos e às informações sobre a doença, às formas de transmissão e controle, e até mesmo garantindo o aumento da sobrevivência dos acometidos pela doença. Mesmo assim, ainda não foram suficientes para impedir que esta síndrome atingisse todos os países do mundo, conquistando o *status* de pandemia, e, apesar de todos os esforços empreendidos, dos investimentos realizados e dos importantes avanços obtidos, ainda não foi descoberta a cura da AIDS, permanecendo como um sonho distante, e os índices de prevalência, de patologias associadas à doença e até mesmo a ocorrência de óbitos continuam crescentes.

Atualmente, verifica-se em todo o mundo que a AIDS se apresenta como “uma epidemia complexa, dinâmica e multifatorial cujos arranjos são determinados, sobretudo, pelas condições de vida, questões de gênero, composições étnicas e etárias

das populações atingidas, seus padrões de mobilidade populacional e de comportamento sexual” (BRASIL/MS, 2003c, p. 16). Identifica-se assim, um novo perfil baseado em quatro fenômenos – feminização, juvenização, interiorização e pauperização, e, em pleno alvorecer do século XXI, esta problemática ainda se configura como um dos maiores desafios para a ciência e a sociedade.

3.1.2 O fenômeno do HIV/AIDS no tempo e no espaço da existência do ser-mulher

Na introdução do livro “Mulheres e HIV/AIDS”, Berer (1997) chama a atenção para o fato de que a problemática do HIV/AIDS como uma questão vinculada à mulher teve seu primeiro reconhecimento oficial somente a partir de uma reunião realizada em Paris, em novembro de 1989, envolvendo várias agências, e que, portanto, somente a partir do final da década de 80 é que foi dado início ao desenvolvimento de uma série de estudos e projetos tendo como foco central a mulher. Este retardo em trazer a mulher para a cena do palco, dando-lhe visibilidade nesta situação específica, tem sido entendido por vários autores como decorrente da “cegueira de gênero,” provocada principalmente pela associação inicial da doença como estando segregada a determinados grupos de risco, majoritariamente do gênero masculino (BRASIL/MS, 2003c; WESTRUPP, 1997). Entretanto, o tempo encarregou-se de se contrapor a essa avaliação, dando visibilidade à participação cada vez maior das mulheres entre os novos casos de AIDS.

No Brasil, a notificação do primeiro caso de AIDS em uma mulher se deu em 1983 (BRASIL, Boletim Epidemiológico, 1997) e, em Santa Catarina, em 1987 (SANTA CATARINA/SES, 2002). Desde então, vem se observando que a infecção pelo HIV entre as mulheres cresce de modo acentuado, transformando-se num grave problema, cuja magnitude transcende em muito os aspectos meramente biológicos. Tal fato pode ser constatado através das avaliações sistematicamente realizadas e periodicamente publicadas pelo Ministério da Saúde. No documento intitulado *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre as mulheres*, recentemente publicado, foi feita uma retrospectiva da evolução da epidemia no País nessa

população específica no período compreendido entre 1983 e 2002. Segundo o relatório, nesses 20 anos, dos 237.588 casos de AIDS diagnosticados, 63.590 ocorreram em mulheres, representando 27%. No que se refere à infecção pelo HIV, as estimativas do Ministério da Saúde, tendo como base estudos de 2001, consideram que existia no ano 2000 um total de 597.443 indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária de 15 a 49 anos, com HIV no Brasil, correspondendo a uma prevalência de 0,65% (BRASIL/MS, 2003c).

A feminização da epidemia no Brasil, a exemplo de outros países, tem acompanhado as tendências de interiorização, pauperização e juvenização da epidemia, e tem sido relacionada principalmente com a subcategoria de exposição heterossexual, tendo em vista que esta via de transmissão apresentou um aumento de 27,4% para 32,3% dos casos notificados no período de 1980 a 2001, enquanto que na categoria de homo/bissexual observou-se uma diminuição de 27,7 para 23,45. Vale registrar que em 1986 apenas 5% dos casos de AIDS notificados eram do sexo feminino, e nos últimos anos, como se pode observar, eleva-se para cerca de 30%. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2003c) do total de casos ocorridos em mulheres e notificados até os dias atuais, 70% foram diagnosticados após o ano de 1992. No que se refere ao coeficiente de incidência, também se observou um aumento de 0,03 para 5,41 casos por 100.000 mulheres na última década. Em relação à razão de casos entre homem/mulher, constata-se também uma importante redistribuição: em 1985 esta razão era de 28:1 e, no ano 2000, passou para 2:1, sendo esta mesma tendência observada no Estado de Santa Catarina, onde a relação também é de 2:1, e em alguns municípios do litoral é de 1:1 (BRASIL/MS, 2002; SANTACATARINA/SES, 2002). No que se refere aos aspectos sociodemográficos, é importante destacar que, em relação à escolaridade, estudos mostram que a incidência vem crescendo entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade. Quanto à idade, a faixa etária de 25 a 39 anos tem sido a mais atingida entre as mulheres, sendo identificada como a de maior risco para se infectar. Em consequência do aumento da ocorrência dos casos nas mulheres em idade reprodutiva, eleva-se a cada ano a frequência da transmissão materno-infantil, que, segundo estimativas para o ano 2000, 17.198 gestantes brasileiras (0,47%) estavam infectadas pelo HIV. Essa modalidade de transmissão, que

correspondia à cerca de 22% entre os casos de crianças no período de 1984-87, alcançou, até meados do ano 2001, cerca de 82%. Em Santa Catarina, de acordo com a Gerência de DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde (SANTA CATARINA/SES, 2003), do total de 98.830 gestantes existentes no Estado no ano 2001, 23.515 (23,79%) realizaram teste anti-HIV e, destas, 348 (1,47%) apresentaram resultado positivo.

Em relação às tendências espaço-temporais, observa-se uma desconcentração da epidemia, que se dissemina em direção a municípios de médio e pequeno porte, alcançando as mulheres, indistintamente. Na avaliação do Ministério da Saúde, a feminização crescente da AIDS parece estar associada não só a uma maior vulnerabilidade biológica da mulher ao HIV, mas também à assimetria existente na distribuição de poder entre os gêneros: “homens e mulheres têm diferentes espaços de negociação em relação às questões que envolvem a vida sexual e reprodutiva, direito, prazer e autoconhecimento sobre o corpo” (BRASIL/MS, 2002, p. 8).

Todos os aspectos aqui abordados, embora dinâmicos e passíveis de mudanças no decorrer de um tempo que nem sempre é distante, sem dúvida trazem contribuições importantes para a compreensão da situação da problemática da AIDS/HIV na perspectiva do ser-mulher.

3.1.3 Mulher, HIV/AIDS e Amamentação: situação atual

Em termos gerais, embora o fenômeno do HIV/AIDS tenha despertado o olhar e o interesse de um espectro completo de estudiosos nas suas mais variadas e complexas dimensões, é possível constatar que a produção de conhecimento referente a esse tema, embora vasta e significativa, tem contemplado aspectos clínicos, epidemiológicos, bioquímicos, imunológicos, políticos, econômicos e sociais.

No que se refere à situação específica da transmissão vertical da mãe para a criança através da amamentação, prevalecem os estudos com abordagens quantitativas, reducionistas e biologicistas, e mais uma vez continuam a privilegiar muito mais os aspectos pediátricos do que aqueles pertinentes à protagonista do processo, ou seja, a mulher. Pouco se tem feito no sentido de trazê-la para a cena do palco. Sob este ângulo, a literatura apresenta ainda lacunas importantes, mostrando que a busca da

compreensão do significado da privação do ato de amamentar para mulheres com HIV/AIDS ainda não foi devidamente explorada. Mesmo assim, é possível identificar alguns estudos abordando esta problemática tendo como foco central a mulher.

Brasil (2000), em sua dissertação de Mestrado, desenvolveu um estudo descritivo, de natureza quanti-qualitativa, fundamentado na teoria da Adaptação de Sister Calista Roy, com 15 gestantes com HIV matriculadas num serviço ambulatorial de um centro de pesquisa do Rio de Janeiro. Ele teve como objetivo descrever os fatores que levaram essas mulheres a amamentarem, mesmo sabendo do risco que este ato acarretaria a seu filho. Das 15 mulheres estudadas, três amamentaram, demonstrando prevalência das crenças e valores referentes à amamentação. Entre estas, a autora também identificou que o descrédito no tratamento e o fator econômico, associados à pressão familiar, foram os fatores que conduziram as mulheres a adotar o aleitamento natural, não respeitando o protocolo medicamentoso e expondo seus filhos à maior suscetibilidade ao HIV. Ressalta que os modelos assistenciais verticalizados e impeditivos ainda vigentes não contemplam uma assistência voltada para a integralidade do indivíduo e às subjetividades que lhe são próprias. Ao tecer considerações finais, Brasil (2000) propõe aos enfermeiros o desafio de olhar o passado e repensar o futuro, no sentido de estabelecer um modelo de assistência que possibilite à mulher avaliar suas reais possibilidades de transmitir o HIV para a criança, refletir e decidir por amamentar ou não.

Silva (2002), preocupada com a implementação das políticas de saúde na área de atenção em HIV/AIDS e sua aplicabilidade concreta na prática assistencial direcionada para mães e crianças, realizou um estudo visando a conhecer como as normatizações têm propiciado as ações de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV por meio do leite materno. Adotando a estratégia de grupos focais com profissionais de centros de referência que atendem mães com HIV e seus filhos, obteve dados que foram organizados de acordo com princípios do Discurso do Sujeito Coletivo, para análise descritiva dos dados. Os nove discursos apreendidos dos profissionais demonstraram inquietação, descontentamento, desconhecimento e falta de oportunidade de participar de modo ativo na elaboração das políticas que possam atender às demandas reais da população. Sob a ótica dos profissionais, no que se refere

à amamentação, a autora identificou um descompasso real entre a normativa geral de atenção ao atendimento aos sujeitos e suas particularidades, contextos, modos e estilos de vida próprios.

Almeida-Coelho (2001), em sua dissertação de Mestrado, realizou um estudo qualitativo, que teve como objetivo cuidar de gestantes com HIV, orientado por um referencial teórico fundamentado na teoria de Rosemere Rizzo Parse. A população-alvo constituiu-se de quatro gestantes em controle pré-natal, atendidas num serviço de ambulatório de referência para esse tipo de clientela, de uma maternidade do município de Florianópolis, SC. A implementação do referencial teórico se deu, na prática, através do processo de Enfermagem, por meio de encontros vivenciados entre a autora e as gestantes, enfocando três dimensões: esclarecendo significados, sincronizando ritmos e mobilizando a transcendência para um viver mais saudável e com mais qualidade de vida. No interior dos discursos, entre outros aspectos, é possível apreender a preocupação das gestantes face à impossibilidade de amamentarem seus filhos.

Moura (2002), motivada pelos índices elevados de transmissão vertical do HIV no Brasil, desenvolveu um estudo descritivo em sua dissertação de Mestrado, com abordagem qualitativa, que teve como objetivo identificar a percepção, as expectativas e as ações da gestante soropositiva para o vírus quanto ao filho que estava gerando. A amostra foi constituída por 14 gestantes com HIV, assintomáticas, que já conheciam sua condição de portadoras do vírus, que se encontravam no terceiro trimestre de gestação e que freqüentavam o serviço de pré-natal em uma maternidade de referência para o atendimento a gestantes com HIV/AIDS no município de São Paulo. Os dados foram coletados no período de agosto de 2001 a fevereiro de 2002, sendo que os qualitativos foram analisados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo e os referentes à caracterização da amostra foram tratados com estatística descritiva. A análise mostrou que as gestantes sentiam dificuldades para viver por serem portadoras do HIV, mas encontravam forças no apoio que recebiam da família. De acordo com a autora, tinham as mesmas expectativas que qualquer outra mulher no que se refere à maternidade. Algumas cogitaram ou tentaram interromper a gestação, mudando de idéia posteriormente. Todas acreditavam na soronegatividade do bebê, mesmo que este

viesse a nascer com o vírus. Os resultados mostram também que essas gestantes cumpriam corretamente o tratamento médico prescrito para garantir a sua saúde e a do bebê. Em relação à amamentação, consideravam um sacrifício não poderem amamentar seus bebês e achavam que ainda há preconceito em relação às pessoas infectadas pelo HIV.

A leitura destes estudos demonstra um certo “despertar” por parte dos profissionais de saúde, em especial enfermeiras e psicólogas, sobre a importância e a especificidade da problemática do HIV/AIDS em gestantes e puérperas, trazendo importantes contribuições para aqueles que atuam na área. Entretanto, no que diz respeito à questão específica do significado da privação do ato de amamentar para as mulheres, embora apresentem algumas pistas sobre o assunto, a meu ver precisa ser aprofundada para ser mais bem compreendida e abordada.

3.1.4 A transmissão do HIV/AIDS através da amamentação

3.1.4.1 Mecanismos de transmissão do HIV/AIDS através da amamentação.

Embora vários estudos realizados em diferentes partes do mundo tenham detectado o HIV no leite humano, os mecanismos de transmissão através da amamentação permanecem parcialmente compreendidos. Os papéis respectivos de vírus tanto livres de células como aqueles associados às células na transmissão através da amamentação, ou a associação entre níveis de vírus do plasma e do leite, não foram ainda devidamente compreendidos ou avaliados de modo confiável (KOURTIS et al., 2003; UNICEF/UNAIDS e WHO, 1998a, 2003). Mesmo assim atualmente já se conhece vários fatores que afetam a transmissão vertical do HIV: infecção recente com HIV, gravidade da infecção, procedimentos obstétricos, duração do aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo ou misto, condições das mamas e condição da mucosa oral do bebê (UNICEF/UNAIDS/WHO 1998a, 2000, 2003).

A porta de entrada do vírus através da mucosa da criança também exige maiores estudos, embora modelos desenvolvidos com animais tenham trazido alguma luz sobre o assunto (FEATHERSTONE, 1997; BOMSEL, 1997).

Pesquisas realizadas por Nielsen et al. (1996) e Ait-Khaled et al. (1998) detectaram RNA do HIV nos aspirados orofaríngeos e gástricos de uma proporção substancial de crianças nascidas de mães infectadas com o HIV. Mesmo assim, o nível de RNA do HIV no leite tem sido estudado apenas em um limitado número de amostras de mães infectadas pelo vírus. De acordo com Willumsen et al. (2001, 2003), em geral, a carga viral de RNA do HIV no leite parece ser mais baixa do que no plasma e, freqüentemente, os níveis estão abaixo daqueles necessários para detecção através dos experimentos usados correntemente. Ainda conforme Willumsen et al. (2001), a difusão do RNA no leite também tem mostrado ser altamente variável entre mulheres, e para as mesmas mulheres ao longo do tempo, e entre as mamas num determinado período de tempo. Esta variabilidade, segundo os pesquisadores, torna difícil associar a carga viral RNA no leite com o risco de transmissão para a criança.

Semba et al. (1999) e Willumsen et al. (2003) têm associado à carga viral no leite com a evidência de mastite subclínica na mãe, que, em hipótese, aumenta o extravazamento no revestimento celular do ducto mamário e, por conseguinte, aumenta a quantidade de vírus a que uma criança está exposta.

Rollins et al. (2001) sugerem que a permeabilidade intestinal, possivelmente aumentada em crianças não amamentadas no peito exclusivamente, com a introdução de outro tipo de leite, água ou outro alimento logo no início, embora seja limitada à evidência até a presente data, poderia causar dano ao revestimento intestinal, constituindo-se, este, como um possível sítio de entrada para o vírus.

Achados iniciais relatados por Sabbaj et al. (2002), referentes a um restrito número de amostras de 11 mulheres infectadas com HIV e quatro mulheres não infectadas, colocam em foco a importância potencial das respostas celulares T + CD8 no leite materno quanto ao controle de infecção do HIV.

3.1.4.2 Taxas de transmissão do HIV/AIDS através da amamentação.

Conforme documentos publicados anteriormente e outro recentemente revisado referente à transmissão vertical do HIV/AIDS da mãe para a criança (UNICEF/UNAIDS e WHO, 1998a, 2002, 2003), os estudos iniciais que investigaram a

freqüência de transmissão através da amamentação e também os fatores associados ficaram limitados por pequenos números e predominância de um único método de alimentação da criança em todos os grupos estudados.

Em 1992, Dunn et al., ao realizarem uma metaanálise incluindo dados de quatro documentos relatando a situação de 42 mulheres que haviam sido recentemente infectadas (infecção adquirida no pós-parto) e de seis estudos que relatavam 1.772 mulheres com infecção já estabelecida, identificaram que o risco adicional estimado de transmissão pelo leite materno acima daquele que ocorre na gravidez e no parto entre mulheres com infecção HIV estabelecida foi de aproximadamente 15%, e entre aquelas recentemente infectadas ele foi de 29%, portanto, quase duplamente elevado. Estudo realizado mais recentemente por Nduati et al. (2000), em Nairobi, incluindo os resultados de uma experiência clínica aleatória, apóiam estes achados iniciais. Nessa experiência, mulheres grávidas infectadas com HIV foram selecionadas aleatoriamente em dois grupos: um com alimentação ao peito (N = 212) e outro com alimentação artificial (N = 213). A probabilidade cumulativa de infecção HIV aos 24 meses foi de 36,7% no grupo de amamentação e de 20,5% no grupo de alimentação com fórmula/mamadeira. A taxa absoluta estimada de transmissão através da amamentação prolongada ao peito praticamente dobrou a taxa total de transmissão para 39%.

Segundo Leroy et al. (2002) e The Petra Study Team (2002), embora a transmissão através da amamentação não reduza completamente o risco do mesmo modo que se conseguiu através da profilaxia anti-retroviral periparto, a transmissão através do aleitamento materno de fato reduz a eficácia global de intervenções periparto.

As crianças acompanhadas por Guay et al. (1999) e Nokabito et al. (2002) na experiência com HIV NET 012, onde se comparou a eficácia da Nevirapina (NVP) de dose única dada a mulheres infectadas com HIV no início dos trabalhos de parto e também aos seus neonatos no intraparto, e com uma semana de Zidovudina (AZT) foram quase todos amamentados ao peito. Diferenças significativas em taxas de infecção confirmadas entre as crianças aos 3, 12 e 18 meses e uma redução relativa de 42% do risco de transmissão para aqueles pares mãe/filho que fizeram uso de

Nevirapina aos 18 meses de idade, após controle para o aleitamento materno, mostraram ser comparáveis com a Zidovudina de uma semana.

Dados de acompanhamento relatados por Leroy et al. (2002) sobre taxas de transmissão nos grupos de AZT e placebo das experiências CDC Abijan e ANRS, na Costa do Marfim e em Burkina Faso, também mostraram diferenças significativas mantidas em taxas de transmissão entre o tratamento de curso rápido com o AZT e os grupos placebo em idade de 24 meses. A diferença no risco cumulativo estimado sugeria que 9% das crianças adquiriram infecção entre 6 semanas e 2 anos de idade, com taxas similares nos grupos de Zidovudina e placebo (UNICEF/ UNAIDS e WHO, 2003).

De acordo com o UNICEF/UNAIDS e WHO (2003), maiores abordagens analíticas padronizadas com referência às experiências de curso rápido com o AZT, como a experiência de amamentação de Nairobi, a de Nevirapina HIV NET 012 e a de Petra, estão em andamento em toda a África ocidental. Tais experiências, segundo Alioum et al. (2001), irão incluir uma avaliação das taxas de infecção pelo HIV, de sobrevivência geral e de sobrevivência entre as crianças livres de HIV em pontos de tempo especificados durante os dois primeiros anos de vida, levando em conta a amamentação ao peito.

3.1.4.3 O momento da transmissão pós-natal através da amamentação.

Tendo por base resultados de pesquisas experimentais realizadas até o momento atual, a transmissão do HIV através do leite humano pode ocorrer em qualquer período da lactação e o risco de aquisição é cumulativo, ou seja, quanto mais longa a duração da lactação, maior será o risco adicional de transmissão através do leite do peito (UNICEF/UNAIDS e WHO, 2003). Entretanto, estas organizações reconhecem que a persistência de anticorpos maternos e a presença de um “período de janela”, durante o qual a infecção não é detectável, tornam problemático determinar se a criança foi infectada durante o parto (intraparto) ou através da amamentação no pós-parto imediato. Mesmo assim, no que se refere à associação precisa entre a duração da amamentação e o risco de transmissão, baseando-se nos estudos desenvolvidos por

Miotti et al. (1999); Leroy et al. (2002); Read et al. (2002), entre outros, admitem a existência de forte evidência de um aumento continuado no risco de transmissão no período em que a criança está sendo amamentada, embora reconheçam a insuficiência de dados sobre o assunto. Pesquisas recentes sugerem que o nível do risco de transmissão pode variar entre as diferentes populações.

No que se refere ao risco relativo de transmissão do HIV através do colostro e do leite maduro, o UNICEF/UNAIDS e WHO (2003) consideram ainda problemático tirar conclusões definitivas, tendo em vista o efeito potencial de uma multiplicidade de fatores que poderão estar interferindo no processo. Neste particular, ressaltam pelo menos três fatores: a presença de diferentes níveis de componentes de modulação imune tanto no colostro quanto no leite maduro; a diferença do volume total de colostro ingerido pela criança, considerado muito menor em relação ao leite tardio; e, por último, a condição do sistema imunológico da criança, que se encontra bem menos desenvolvido durante os primeiros dias de lactação quando comparado com aquelas com maior tempo de amamentação.

Em um estudo realizado por Tess et al. (1998) com 148 crianças amamentadas ao peito, a transmissão total de mãe/filho não esteve associada com relato de ingestão de colostro, inexistindo evidência para sugerir que a suspensão do mesmo possa contribuir para a redução do risco de transmissão através da amamentação.

Algumas pesquisas têm detectado o HIV-1 de célula livre e associado à célula, tanto no colostro como no leite tardio de mulheres infectadas com HIV, e sugerem a presença de níveis mais elevados de HIV associado à célula no leite inicial quando comparado com o leite posterior (RUFF et al., 1994; VAN de PERRE et al., 1993).

3.1.4.4 Transmissão do HIV/AIDS e amamentação: situação atual e perspectivas futuras.

Na atualidade, a principal questão de pesquisa em saúde pública referente à problemática da transmissão do HIV/AIDS através da amamentação, segundo o UNICEF/UNAIDS e WHO (1998a, 2003), consiste em saber se é possível tornar a amamentação em mulheres infectadas com HIV/AIDS mais segura em termos de

transmissão, de modo que as mesmas possam amamentar seus filhos sem risco, tendo em vista os efeitos paradoxalmente adversos, nos mais variados aspectos, que estão associados com a sua interrupção. Sem sombra de dúvidas, este se constitui num grande desafio da atualidade.

Vários estudos neste sentido estão em andamento na África do Sul, Zâmbia e África ocidental, apontando, fundamentalmente, para duas direções: aqueles que estão voltados para identificar o tipo de alimentação ideal da criança (mista ou exclusiva) e os que estudam a possibilidade de utilizar quimioprofilaxia anti-retroviral, seja para a mãe ou para a criança, ao longo do período da amamentação, a exemplo do que já se faz hoje, com bons resultados nos períodos da gestação e parto (UNICEF/UNAIDS e WHO, 2003).

No que se refere à primeira abordagem, os pesquisadores buscam respostas para a seguinte questão: será que as crianças amamentadas exclusivamente irão ficar menos infectadas do que aquelas que recebem alimentação mista? Nestes estudos experimentais as mulheres são aconselhadas a amamentar, exclusivamente, seus filhos por até seis meses de idade, e, a partir daí, suspender abruptamente a amamentação. De acordo com cada tipo de alimentação adotada, estarão sendo calculadas as taxas de transmissão, bem como avaliada a possibilidade de se praticar a amamentação exclusiva. Além destes aspectos, tais estudos também irão fornecer informações sobre a morbidade das crianças, relacionada com o tipo de alimentação adotada, e, a partir daí, estabelecer futuras linhas orientadoras para crianças que são amamentadas por mães infectadas pelo HIV.

Em relação à segunda abordagem, várias experiências estão sendo desenvolvidas com o objetivo de avaliar o uso profilático da quimioprofilaxia anti-retroviral nas crianças nascidas de mães infectadas com HIV e que são amamentadas e testadas como sendo HIV negativas nos primeiros meses de vida. Segundo o UNICEF/UNAIDS e WHO (2003), os protocolos de quimioprofilaxia anti-retroviral que estão sendo utilizados variam de uma semana até seis meses de duração e constam de monoterapia e/ou terapia de combinação de várias drogas correntemente utilizadas. Tais experiências têm como objetivo fornecer à criança medidas profiláticas enquanto a mesma está sendo exposta à infecção no período da amamentação. Nesta situação,

constitui-se pré-requisito para a inclusão da criança no estudo a condição de não estar infectada.

Além destas duas abordagens mencionadas, uma outra alternativa avaliada em duas experiências no momento é citada pelo UNICEF/UNAIDS e WHO (2003). Nesta modalidade, mães infectadas recebem quimioprofilaxia anti-retroviral durante o período da amamentação por seis meses ou até dois anos. As mães são selecionadas com base na sua contagem CD 4 como indicador de progressão da doença.

3.1.5 Mulher e amamentação: estudos sobre o significado de amamentar

No que se refere à temática da amamentação de modo geral, é possível identificar uma tendência atual e crescente, com importantes avanços nos últimos anos, em decorrência do interesse dos estudiosos em buscar novas abordagens, fazendo valer os sentimentos, as falas e os significados da amamentação para a mulher. Neste particular, é possível identificar estudos que adotam novos métodos de abordagem e também novas perspectivas, especialmente as interpretativas, que correspondem essencialmente às concepções ontológicas e gnoseológicas específicas de compreender e analisar a realidade das mulheres vivenciando a prática da amamentação.

Araújo (1992), tendo como marco referencial a teoria das Representações Sociais, desenvolveu um estudo com o objetivo de decodificar as representações das mulheres que amamentam. A análise do discurso de um grupo de mulheres permitiu à autora verificar que a mulher que amamenta vive, na atualidade, uma contradição entre o querer e o poder amamentar, apesar de reconhecer a importância do leite materno. Identificou também a existência da construção de um corpo ideal pela mídia tanto para a mãe como para o filho. Para a autora, as mulheres “sentem-se perdidas”, e estes fatores podem estar determinando suas representações.

Dias (1997), ao estudar os sentimentos expressos pela mulher durante a amamentação, constatou que as nutrizes experimentam sentimentos positivos e negativos não só referente à amamentação, mas também durante a gravidez e o puerpério. Entre os de caráter positivo, cita que as mulheres “sentiram-se ótimas”,

renovadas, com mais vontade de viver, protetoras e provedoras de alimentos para seus filhos, com a certeza de terem a continuidade de suas vidas e compromissadas com os bebs. No que se refere aos aspectos negativos, foram mencionados: “frustração, culpa, insegurança, medo de ter pouco leite, entre outros”. Constatou ainda que os sentimentos positivos superaram os negativos e, de alguma forma, contribuíram para o sucesso da amamentação na população estudada.

Almeida (1997), em seu estudo, analisou os sentimentos femininos buscando entender o significado do desmame precoce para as mulheres. Através de uma perspectiva sociológica, procurou explicitar suas origens, relações e mudanças, visando a compreender as conseqüências desse processo para as mulheres e como elas manifestam tais aspectos nos seus sentimentos. Constatou que as mulheres vivenciaram dificuldades, falta de apoio social à maternidade e à amamentação, bem como falta de compreensão de que o aleitamento é uma questão eminentemente socioantropológica, que, mesmo ligada à biológica, sofre influências e mudanças de acordo com os interesses da sociedade. Ao concluir o estudo, ressalta que não devemos colocar a mãe como única responsável pela amamentação e pelas conseqüências do desmame, devendo este processo ser compartilhado com todos, incluindo a família, o companheiro e a sociedade. Chama atenção também para a necessidade de se evitar ignorar as relações entre o individual e o coletivo, provocando nas mães “sentimentos de culpa, ansiedade ou de sacrifício” (1997, p. 274).

Estudo realizado por Silva (1997), para obtenção do título de Doutora pela Universidade de São Paulo, indica que ações maternas em relação ao recém-nascido, incluindo a amamentação, são determinadas por uma visão pessoal da experiência vivida pela mulher. A tese sustenta que, para que haja uma melhora no relacionamento mãe/recém-nascido e mais altos índices de aleitamento materno, os profissionais deveriam levar em conta a avaliação e compreensão das condições contextuais da nutriz nos aspectos social, cultural e familiar, os quais influenciam na percepção e atribuição do significado que para ela tem o ato de amamentar. Para esta autora, a decisão de amamentar é uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios para a mãe e para o filho.

Primo e Caetano (1999), ao realizarem um estudo fenomenológico sobre o papel das mães de dez nutrizes, no que diz respeito à decisão e/ou manutenção da amamentação de suas filhas, identificaram que tal decisão está associada a um ato intrínseco ao papel da mãe, à experiência transmitida de mãe para filha, à tradição familiar e às influências que recebe através da promoção e apoio ao aleitamento materno.

Todos os estudos analisados trazem importantes contribuições para a compreensão do significado da amamentação sob a ótica da mulher em diferentes contextos e abordagens, levando-me a concordar com Silva (1997), que a amamentação não pode ser considerada apenas um simples evento ou resposta a determinantes biológicos e sociais. Ela transcende estes aspectos, envolvendo um complexo processo de interação da mulher. Todos os elementos com os quais ela interage são percebidos, interpretados e revestidos de significados, os quais vão determinar as ações que definem o tipo e a duração da amamentação.

CAPÍTULO 4

EM BUSCA DE UMA ILUMINAÇÃO TEÓRICA: A TEORIA FENOMENOLÓGICA DA EXPRESSÃO COMO REFERENCIAL.

Essa revelação de um sentido imanente ou nascente no corpo vivo se estende, como o veremos, a todo o mundo sensível, e nosso olhar, advertido pela experiência do corpo próprio, reencontrará em todos os outros “objetos” o milagre da expressão [Merleau-Ponty, 268].

Buscando aproximar-me da compreensão do significado da privação do ato de amamentar para o ser-mulher/mãe HIV positiva, identifico na corrente filosófica denominada de fenomenologia, e mais especificamente na teoria fenomenológica da expressão de Maurice Merleau-Ponty, os conceitos básicos que poderiam fornecer-me a iluminação teórica necessária para o desenvolvimento do presente estudo. Assim sendo, neste capítulo apresento uma visão histórica geral da fenomenologia, abordando suas origens, suas principais teses, perpassando pelas suas diferentes correntes, bem como restituindo em breves linhas sua trajetória no contexto de busca de fundamentação teórica para a Enfermagem e, finalmente, descrevendo de forma mais detalhada o modelo merleau-pontyano acerca da teoria fenomenológica da expressão.

4.1 A FENOMENOLOGIA ENQUANTO REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

Fundada no alvorecer do século XX, a fenomenologia¹⁰ enquanto movimento filosófico exerceu e continua exercendo grande influência entre os pensadores contemporâneos. Criada como uma abordagem filosófica na tentativa de se constituir uma terceira via em oposição às teses dos intelectualistas e dos idealistas, e também

¹⁰ “Para toda a tradição fenomenológica, os dois termos da expressão “Fenomenologia”, a saber, Fenômeno e Logos, devem ser entendidos a partir de sua significação primitiva. Fenômeno (Phainomena, substantivo derivado da forma reflexiva do verbo *Phaino* – que significa mostrar – a saber, *Phainesthai* ou mostrar a si mesmo) é aquilo que se mostra a partir de si mesmo. *Logos* é discurso, ou seja, o apresentar aquilo que se mostra. Logos é um substantivo que vem do verbo *Legein* – discursar, apresentar – o qual é sinônimo de *Apophainesthai*. Este por sua vez, é formado do prefixo *Apo*, que significa “fazer” e *Phainesthai* que como já vimos, significa mostrar a si mesmo. De onde se segue uma tradução possível para logos como “fazer ver o que se mostra em si mesmo”. Por conseguinte, **a fenomenologia é, não um estudo dos fenômenos, mas um fazer ver aquilo que se mostra em si mesmo a partir de si mesmo**” (MÜLLER-GRANZOTTO; GRANZOTTO, 2003, p. 1).

como um método alternativo de pesquisa nas ciências humanas em oposição ao positivismo, ao naturalismo, ao psicologismo e ao historicismo, tem trazido importantes contribuições para os diferentes campos do saber. Tais contribuições se fazem presentes na reorientação fundamental do pensamento e nos métodos de estudo, destacadamente nos campos da Psicologia, Psiquiatria, Ciências Sociais, Teologia, Biologia, Filosofia e, mais recentemente, da Enfermagem (CAPALBO, 1996; VAN der ZALM; BERGUM, 2000; APEL, 2000; STREUBERT; CARPENTER, 1995). Ao buscar desconstruir e transcender as dicotomias sujeito/objeto, corpo/alma, sensível/inteligível, ser/fenômeno, entre outras, contribui para a compreensão da totalidade do ser e de uma nova concepção para a subjetividade, ganhando espaço no cenário contemporâneo enquanto movimento filosófico, mantendo-se viva e efervescente na pós-modernidade, aproximando-se, desse modo, dos pressupostos epistemológicos e ontológicos dos paradigmas da nova era.

4.1.1 Fenomenologia: uma breve visão histórica

Entre os diversos historiadores e filósofos¹¹ que rastream a história da corrente filosófica amplamente divulgada sob a denominação de *fenomenologia*, há certo consenso de que, embora o termo tenha sido inicialmente utilizado no século XVIII pelo filósofo e matemático alemão John Henrich Lambert (1728-1777), como título da 4ª parte do seu *Novo Órganon* (1764), para designar a “ciência das aparências”, ou seja, o estudo meramente descritivo do fenômeno tal como se apresenta à nossa experiência, e esteja, no dizer de Merleau-Ponty (1999, p. 2), a caminho desde muito tempo, podendo ser reencontrada em toda parte, como em Hegel, Kant, Kierkegaard, Marx, Nietzsche, Freud, e em tantos outros, consolidou-se mesmo a partir do alvorecer do século XX. Os filósofos desse período voltam seus olhares para o ser humano e se dão conta de que a experiência vivida, “*a despeito da tradição cartesiana que*

¹¹DARTIGUES, A. **O que é fenomenologia?** São Paulo, Ed. Moraes, 3ª edição, 1992.

SPIEGELBERG, H. **The phenomenological movement.** The Hague: Martinus Nijhoff, 1982.

COHEN, M. **A historical overview of the phenomenological movement.** *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 1987, 19, 31-34.

MARCONDES, D. **Iniciação à História da Filosofia – dos pré-socráticos a Wittgenstein.** Rio de Janeiro: Zahar, 2ª edição, 1998.

reconhece nela senão eventos subsidiários de nossa existência” (MÜLLER, 2001, p. 9), se constitui em elemento-chave para a compreensão do sentido da realidade.

A tentativa de postular uma teoria do conhecimento dentro de uma perspectiva mais ampla do que aquela colocada em prática pela ciência ou metafísica, que se encontram em crise, é então formulada por seguidores vinculados ao movimento filosófico denominado de *fenomenologia*. Trata-se de uma filosofia ou um modo de filosofar, um método, uma atitude reflexiva, questionadora, de novos fins, que nasce a partir desse sentimento de crise e da necessidade de recomeço da Filosofia em seu conjunto, tendo como preocupação principal *estudar as essências* “e todos os problemas, segundo ela, resumem-se em definir essências: a essência da percepção, a essência da consciência [...] Mas a fenomenologia é também uma filosofia que repõe as essências na existência” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 1).

A questão central dessa nova tentativa de conversão do olhar gravita em torno da correlação sujeito-objeto no processo de conhecimento e da relação consciência-mundo. Contrapondo-se às soluções dadas para as dificuldades criadas pelo conflito entre o inatismo¹² e o empirismo¹³ e às pretensões tanto do positivismo quanto do idealismo, a fenomenologia rejeita a tese de que o conhecimento científico objetivista seja o único tipo de conhecimento considerado válido. Enquanto concepção filosófica (e metodológica), a fenomenologia objetiva superar a teoria abstrata para falar dos fenômenos e da natureza humana na concretude da existência. Ela tem como tarefa primordial, como no dizer de Husserl (1928), “*retornar às coisas mesmas*”, analisar as vivências intencionais da consciência para perceber o modo como é produzido o sentido dos fenômenos, que, em sentido global, se chama mundo. Nesse sentido, a consciência humana (ou conhecimento) é conceituada como intencionalidade, diferentemente da idéia atomística do homem. Segundo o entendimento de Merleau-Ponty (1999, p. 3), esse “*retornar às coisas mesmas*”, proposto por Husserl, consiste antes de tudo em “*retornar ao mundo anterior ao conhecimento do qual o conhecimento sempre fala, e em relação ao qual toda determinação científica é*

¹²Concepção segundo a qual certas idéias, princípios ou estruturas do pensamento são inatas em virtude de pertencerem à natureza humana (JAPIASSU; MARCONDES, 2001).

¹³Doutrina filosófica segundo a qual todo conhecimento humano deriva, direta ou indiretamente, da experiência sensível (JAPIASSU; MARCONDES, 2001).

abstrata, significativa e dependente, como a geografia em relação à paisagem” (p. 4). Em outras palavras, seria voltar às *próprias coisas* tal como elas se apresentam a nós no mundo, no dia-a-dia, ou seja, na sua cotidianidade.

A fenomenologia será, portanto, anti-sistemática; uma filosofia e um método de investigação antiidealista e antipositivista que, ao lançar um olhar perscrutador, profundo e rigoroso sobre a própria coisa, exigirá do fenomenólogo um trabalho de investigação, cuja radicalidade exige um esforço em operar por patamares consecutivos até alcançar as *raízes* da coisa (GOYARD-FABRE, 2002).

Tal movimento, no entendimento de Greuel (1996), busca restituir o contato primordial com o objeto perdido, ou disfarçado em refinadas elaborações abstratas ou em deduções matemáticas e quantificadoras, do espectro de vivências do ser humano enquanto ser cognoscente.

Embora esse movimento tenha uma história de aproximadamente um século, na visão de Merleau-Ponty, “ela está longe de ser resolvida” (1999, p. 1). Isto porque, segundo este filósofo, quem a compreende sabe que ela sempre tem de começar de novo, já que não se satisfaz com os conhecimentos adquiridos no passado, priorizando sempre a compreensão nova e atual. Este caráter “incoativo” e de inacabamento da fenomenologia, entretanto, adverte o filósofo, não devem ser confundidos como sinais de fracasso, de indefinição, ao contrário, devem ser interpretados como inevitáveis diante do reconhecimento de sua fertilidade e de sua verdadeira tarefa, ou seja, de “revelar o mistério do mundo e o mistério da razão” (1999, p. 20).

Entre alguns estudiosos que empreenderam uma análise histórica e uma discussão mais detalhada acerca das origens e desenvolvimento dessa corrente filosófica, destaco Spiegelberg (1982), Cohen (1987), Reeder (1987) e Parker (1992). Segundo Cohen (1987, p. 31), Herbert Spiegelberg (1960) foi o primeiro a pesquisar e a escrever sobre a história da fenomenologia, evidenciando seu caráter não estacionário através da utilização do termo “movimento”, o que pode ser constatado pelas diversas contribuições dadas por cada filósofo em seus diferentes períodos.

Baseando-se nos estudos desenvolvidos por Spiegelberg acerca do movimento histórico denominado fenomenologia, Cohen (1987) dividiu-o em três períodos: o primeiro, que é referido como o período preparatório, onde a fenomenologia é

inicialmente apresentada como um método filosófico de inquérito da experiência, rejeitando portanto o pensamento escolástico medieval puramente especulativo. Franz Brentano (1838-1917), o representante mais expressivo desse período, foi o primeiro a escrever sobre a fenomenologia como método de pesquisa (PARKER, 1992). É considerado o precursor da fenomenologia por reintroduzir, no final do século XIX, o conceito de intencionalidade da Filosofia medieval, constituindo, este, o ponto central de sua filosofia. Para Brentano, todas as nossas experiências psíquicas, tais como a percepção, a imaginação, o juízo e o desejo, são atos orientados para objetos, e tais atos (da consciência) possuem uma intencionalidade. Sua obra se compõe de textos filosóficos e outros nos quais apresenta suas investigações psicológicas. Os estudos direcionados aos temas psicológicos são decisivos em sua obra para o desenvolvimento posterior da fenomenologia de Husserl e a *Gestalttheorie*. A noção de intencionalidade desenvolvida por Brentano foi crucial para o desenvolvimento posterior da fenomenologia como análise do modo como as coisas são dadas à consciência. Para ele, um fenômeno é psíquico quando apresenta o critério de intencionalidade. Apesar de sofrer alterações, a noção de intencionalidade passou a ser uma das suposições mais fundamentais da fenomenologia.

Um outro filósofo que também contribuiu para a evolução da fenomenologia no período preparatório, de acordo com Cohen, 1987, foi Carl Stumpf, que já postulava a tese de que a essência da experiência não deveria ser penalizada pela análise de suas partes componentes; tese esta presente em muitos movimentos fenomenológicos na atualidade.

O segundo período, identificado como germânico, é marcado por geniais e decisivas contribuições e está caracterizado por importantes avanços. Entre os mais proeminentes eruditos desse período, destacam-se os filósofos Edmund Husserl e Martin Heidegger.

Husserl (1859-1938), reconhecido como herdeiro direto de Descartes e Kant, discípulo de Brentano e mestre de Heidegger, é considerado o verdadeiro iniciador e criador da fenomenologia, dando um conteúdo novo a um termo já antigo. Filho de judeus, nasceu em Prosznitz, na Morávia (atual Tchecho-Eslováquia), em 8 de abril de 1859 e faleceu na Alemanha, em Freiburg, em 27 de abril de 1938. Sua formação

universitária incluiu o estudo da Matemática, da Física e da Filosofia, nas universidades de Leipzig, Berlim e Viena, onde, a partir de 1884, sofreu influência de Brentano, que propunha uma psicologia descritiva, a qual se associara à sugestão da psicologia orientada para demonstração introspectiva de Carl Stumpf, seu primeiro aluno e considerado o fundador da fenomenologia experimental (MOREIRA, 2002).

Husserl conservou também da influência de Brentano a retomada do conceito de intencionalidade, compreendido como a direção da consciência ao objeto, ao real, que é definidora da própria consciência e que se constituirá em um dos conceitos-chave de sua teoria fenomenológica. O radicalismo filosófico de Husserl centrava-se na questão da fenomenologia *tornar-se* ou *vir a ser* a origem de todo conhecimento (COHEN, 1987). Sua filosofia, portanto, pretendia ser uma teoria do conhecimento ou epistemologia. Nesse sentido, adotou as noções de subjetividade e prosseguiu seu ideal em criar uma “ciência rigorosa para a fenomenologia” (MEZQUITA, 1993).

A fenomenologia de Husserl, portanto, se mobiliza no sentido de valorizar o que é subjetivo no ser humano no cenário neopositivista. Para ele, a vida psíquica, subjetiva e histórica do homem não foi passível de apreensão pelo pensamento objetivista da psicologia experimental reinante na época, ou do psicologismo, transformando os atos conscientes em coisas, pela lógica, pela ética e pela estética, enfim, reduzindo a Filosofia à Psicologia e se apropriando das leis das ciências naturais. Neste sentido, Husserl, ao introduzir a fenomenologia humana, rompe com o naturalismo nas ciências humanas, mostrando a necessidade de reintegração do “mundo da ciência” e o “mundo da vida” (*Lebenswelt*), opondo-se ao positivismo de Comte, para quem a ciência significa metodologicamente sistematização, limitando os fatos a ocorrências mensuráveis e controláveis (MARTINS, 1992). Deste modo, ele defende a construção de uma ciência para as experiências vividas, do vivido enquanto tal.

Voltando-se para a experiência, a fenomenologia adota uma forma de reflexão que deve incluir a possibilidade de olhar as coisas como elas se manifestam; descreve o fenômeno sem explicá-lo, sem analisá-lo, não tendo a preocupação de buscar relações causais; está voltada para *mostrar* e não para demonstrar, para descrever com

rigor, pois através da descrição rigorosa é que se pode chegar à essência do fenômeno (CAPALBO, 1984).

O fenômeno não pode ser alguma coisa idealisticamente deduzido, mas é algo “concreto” que passa a ser parte estrutural da consciência; quando focado apresenta “algo” que sempre o levará a ser conhecido com o mesmo significado, objetivando independentemente de quem o vê, independente do ângulo, época e lugar em que é visado. É este “algo” (*noema*) que nos dá a definição do fenômeno ideal, pois o fenômeno real é contingente, circunstancial. Este “algo” não vem da mente, está aprioristicamente assegurado no fenômeno, é o que se dá a si mesmo, irrompendo na consciência imediatamente, sem que haja a oportunidade da reflexão” (ALMEIDA, 1988, p. 24-25).

Na fenomenologia husserliana, que analisa o vivido da consciência e propõe um retorno ao mundo vivido da experiência originária, o *noema*¹⁴ é esse algo de que a consciência tem consciência, é o objeto do ato e a *noese* é o ato mesmo de pensar, é o ato intencional, é o objeto desse pensamento. Na operação do pensamento não há *noese* sem *noema*. Portanto, ninguém pensa sobre nada (JAPIASSU; MARCONDES, 2001).

Realçando a característica da fenomenologia como uma concepção aberta e em dinâmica evolução, Husserl apresentou sua teoria fenomenológica em três principais versões: a primeira, intitulada “Idéias para uma Fenomenologia Pura e uma Filosofia Fenomenológica” (1913), onde realiza um vasto trabalho sobre a fenomenologia pura, cujas características essenciais se contrapõem ao pensamento natural, ou seja, opõem-se à dedução das verdades lógicas a partir de processos psíquicos. Preocupa-se em distinguir a fenomenologia da psicologia e expõe grandes princípios de uma fenomenologia como “ciência das essências” (HUISMAN, 2000). Nessa obra, ainda, Husserl propõe a fenomenologia como uma investigação sistemática da consciência e de seus objetos. Para ele, os objetos são definidos exatamente como correlatos dos estados da mente, não existindo definição possível entre o que é percebido e nossa percepção. A experiência inclui, entretanto, não só a percepção sensorial, mas o objeto do pensamento como um todo (JAPIASSU; MARCONDES, 2001).

Na segunda versão, que tem como título “Meditações Cartesianas” (1931), Husserl retoma, como modelo de retorno filosófico para si mesmo, as “Meditações de Descartes”, reconhecendo, a exemplo do que o próprio Descartes já fizera ao propor

¹⁴ *Noese* e *noema* são palavras gregas que significam, respectivamente, o ato do conhecimento e o conteúdo relativo ao ato do conhecimento.

suas teses, a necessidade de um recomeço radical na filosofia, na tentativa de torná-la uma ciência rigorosa, já que ainda não a considerava como tal. Entretanto, vale ressaltar que o *status* científico almejado por Husserl para a filosofia não era o mesmo atribuído às ciências positivas.

E a terceira versão, sua última obra que permanece inacabada e que foi publicada postumamente (1954), sob o título: “Crise das Ciências Européias e a Fenomenologia Transcendental”, onde a questão do “mundo da vida” é apresentada como o fundamento das ciências. Neste sentido, o mundo é tratado como horizonte universal que engloba a totalidade da vida e que se constitui no fundamento de significações intersubjetivas. Nessa obra, Husserl critica o objetivismo fisicista que menospreza o “mundo da vida” em detrimento de idealidades matemáticas e examina o desvio de sentido realizado pela ciência moderna, deixando de se constituir num espaço para as questões fundamentais da vida do homem. Tenta corrigir o excesso de subjetivismo e idealismo de sua filosofia, procurando levar em conta a realidade social (HUISMAN, 2000).

Martin Heidegger (1889-1976) foi o segundo filósofo mais influente no período alemão. Embora considerada inacabada, sua obra mais destacada foi “Ser e Tempo” (1927), na qual se afasta de seu mestre Husserl e mergulha num processo de busca e reflexão sobre o sentido mais profundo da existência humana. Sente a necessidade de romper com a ontologia tradicional para recuperar o verdadeiro sentido do ser. Adota toda uma terminologia filosófica específica, de modo a dar conta desse novo sentido. O conceito-chave e mais universal do seu modo peculiar de fazer fenomenologia é “ser”.

Segundo Heidegger (1997), a existência só pode ser compreendida a partir da análise do *Dasein* (o ser-aí) do ser humano enquanto aberto à compreensão do ser. Para Mesquita (1993), Heidegger conseguiu refinar e fazer uma convergência entre a fenomenologia de Husserl e o existencialismo, e com isto constituir o que atualmente conhece-se como fenomenologia existencial.

De acordo com Cohen (1987), a fenomenologia na Alemanha terminou em seus fins práticos com o advento da Segunda Guerra Mundial e com os anos subsequentes de nazismo. Registros históricos informam que Husserl, pelo grande respeito e

consideração que tinha por Heidegger, recomendou-o como seu sucessor, mas como Heidegger ficou intensamente envolvido com o movimento nazista, recusou-se pelo fato de Husserl ser judeu.

Mas se de um lado a fenomenologia enquanto movimento se esvazia na Alemanha após a guerra, por outro ganha impulso na França, dando início ao terceiro período, conforme divisão estabelecida por Cohen (1987). Esse período, segundo o mesmo autor, é marcado por importantes contribuições de pelo menos três proeminentes filósofos: Gabriel Marcel (1889 a 1973), Jean Paul Sartre (1905 a 1980) e Maurice Merleau-Ponty (1908 a 1961), que, de acordo com Ray (1990), trouxeram maior precisão à fenomenologia e o fizeram formulando a filosofia e a ciência da fenomenologia existencial.

Marcel, além de filósofo era dramaturgo, e, talvez por isso, procurou incorporar o sentimento dramático da existência humana ao desenvolvimento do pensamento metafísico. Percebe sua filosofia como algo a ser explorado, um caminho a ser trilhado, e, para ele, é percorrendo este caminho que se descobre o verdadeiro sentido da vida. Em suas obras, tentou construir uma reflexão metafísica sobre as bases do “nós mesmos”, tendo a finalidade de integrar todos os seres no ser. A fenomenologia foi usada e vista por ele como uma introdução útil para a análise do “ser” (COHEN, 1987; HUISMAN, 2000).

Considerado por alguns como o principal representante do existencialismo francês, Sartre destacou-se não só como filósofo, mas também como romancista e militante político. Ele reativou a fenomenologia como uma alternativa aos métodos de pesquisa científica estabelecida (SPIEGELBERG, 1965). Na sua obra, o termo consciência é o elemento-chave na busca do sentido da existência, cuja idéia diretriz se origina de Husserl: “*Toda consciência é consciência de algo*” (HUISMAN, 2000). De acordo com Cohen (1987, p. 33), a meta de Sartre era compreender, “porque entender é mudar, é ir além da própria pessoa”.

Outro nome que marcou o período francês do movimento fenomenológico-existencial foi o de Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), considerado filósofo da existência, do corpo, fenomenólogo da percepção e da expressão, cujas principais idéias serão detalhadas mais adiante, tendo em vista constituírem o referencial teórico-

filosófico adotado para o desenvolvimento do presente estudo. Mesmo assim, é importante apresentar, mesmo que em breves linhas, um pouco do que foi a sua trajetória existencial enquanto filósofo.

Nascido em 14 de março de 1908, em Rochefort-Sur-Mer, na França, Merleau-Ponty, juntamente com mais dois irmãos mais velhos (um homem e uma mulher), foi educado por sua mãe praticamente sozinha, já que, com 6 anos de idade, seu pai, que era oficial da Marinha, veio a falecer durante a Primeira Guerra Mundial (CARMO, 2002; COELHO Jr; CARMO, 1991).

Grande parte de seus 53 anos de existência dedicou ao estudo da Filosofia, mantendo em toda sua obra a convicção de que a ela deve ser uma interrogação constante, um pensar sempre em movimento, sem meta final e, como no dizer de Corrêa (1975, p. 15), “*uma dialética sem síntese*”. Isso pode ser constatado pelas mudanças e evolução dos temas de fenomenologia por ele abordados durante o percurso de sua breve existência (PARKER, 1992).

Aluno da École Normal Supérieure de Paris, graduou-se em Filosofia em 1931, aos 23 anos. No transcorrer do curso, entra em contato com a filosofia husserliana e com o existencialismo. No período de 1930 a 1935, é convidado para lecionar no ensino secundário, retornando a esta atividade em 1940 e permanecendo com a mesma até 1945. Nesse período milita, juntamente com Jean-Paul Sartre, no grupo da Resistência na Segunda Guerra Mundial, grupo este que sofria grande influência dos comunistas. Em 1945 foi nomeado professor de Filosofia da Universidade de Lyon, e quatro anos mais tarde é convidado para assumir uma de suas cátedras de Filosofia (Psicologia e Pedagogia da Criança), na Sorbonne, de Paris. No período de 1945 a 1952, colaborou na publicação da revista *Les Temps Modernes*, em parceria com Sartre, sendo o editor político (LEFORT, 2002; CARMO, 2002).

Em sua obra pode-se distinguir três momentos: o primeiro, denominado de psicológico, inclui os seus primeiros livros: “A Estrutura do Comportamento” (E. C.), que foi concluído em 1938, mas publicado em 1942, e “Fenomenologia da Percepção” (F. P., 1945), constituindo-se, este último, em sua tese de doutoramento. O segundo momento, considerado mais político, se estenderia até seu rompimento político com Sartre e seu ingresso no Collège de France, em 1953, quando escreve o “Elogio da

Filosofia” (sua famosa aula inaugural), “Humanismo e Terror” (1947), “*Sens et non-sens*” (1948). E o terceiro momento, onde retoma temas explorados anteriormente relacionados a significações e à metafísica e publica: “As aventuras da dialética” (1955), “Signos” (1960) e, postumamente, “O visível e o invisível” (1964) e “A prosa do mundo” (P. M., 1969), sendo Claude Lefort o responsável pela edição desses importantes manuscritos.

Embora seja possível identificar na literatura divergências quanto ao dia exato em que Merleau-Ponty veio a falecer, os autores, de modo geral, são unânimes em registrar o fato como tendo ocorrido no mês de maio de 1961.

No ano de 1995, é publicada mais uma de suas obras, em caráter inédito, intitulada “A Natureza”, que foi organizada a partir de anotações feitas pelo próprio filósofo sobre os cursos proferidos no Collège de France, no período entre 1959 e 1960, onde são apresentadas críticas aos rumos da ciência (CARMO, 2002).

4.1.2 Fenomenologia e sua contribuição para as bases epistemológicas e ontológicas da Enfermagem: breves considerações

A abordagem fenomenológica tem merecido a atenção e suscitado popularidade entre teóricas e pesquisadoras de Enfermagem, não só como um método alternativo de investigação em substituição aos métodos tradicionais utilizados pelas ciências naturais, mas também como referencial teórico-filosófico na construção do saber específico da Enfermagem através da elaboração de teorias e de marcos conceituais para direcionar a prática assistencial (VAN der ZALM; BERGUM, 2000; MUNHAL, 1994; MEZQUITA, 1993; ALENCASTRE, 1999; BOEMER; ALENCASTRE, 1996; PARSE, 1995).

De acordo com Van der Zalm; Bergum (2000), no início das três últimas décadas do século passado, mais precisamente no final da década de 70 e início da de 80, pesquisadoras e teóricas de Enfermagem despertaram o interesse e iniciaram uma séria discussão sobre as bases ontológicas e epistemológicas da Enfermagem, tendo como objeto de análise a base filosófica da Enfermagem e suas relações com a Filosofia, os métodos científicos e o desenvolvimento de conhecimento em

Enfermagem, resultando, tal análise, em muitos debates sobre as práticas científicas da época. No cerne da discussão estavam questionamentos acerca da construtibilidade do conhecimento e a adequabilidade das metodologias tradicionais de pesquisa quantitativa adotadas como abordagem das experiências de vida humana ou vividas (o foco da prática de enfermagem) na disciplina de Enfermagem. Estas eruditas começaram a perceber que, em tais metodologias, o ser humano, que é o ser e a razão da Enfermagem, desaparece e é reduzido a uma série de operações quantificadoras e objetivas. Percebem que estes seres, se tratados deste modo, podem ser comparados, como no dizer de Machado, (2002, p. 9), “a clones sem alma, condenados a uma eterna repetição, a uma determinação no sentido, a um fechamento de perspectivas, a uma aniquilação do futuro, como se fossem reduzidos a meras projeções produzidas por equipamentos fantásticos”.

Na realidade, começam a perceber a inadequabilidade dos referenciais teórico-metodológicos adotados na busca da compreensão do ser humano na sua totalidade. Em consequência, muitas teóricas e pesquisadoras de Enfermagem começaram a ver a fenomenologia como um referencial teórico-metodológico alternativo, mais adequado para fornecer a compreensão da realidade e da experiência vivida pelo ser humano, propiciando a valorização dos indivíduos, a relação enfermeira/paciente, bem como a aceitação de uma abordagem holística, até então desaprovada pelos métodos de pesquisa tradicionais positivistas tomados por empréstimo das ciências naturais (BENNER, 1985; OILER, 1982; MEZQUITA, 1993).

Meleis (1992), no seu artigo intitulado “(Re)visões no desenvolvimento do conhecimento: uma paixão pela substância”, lembra-nos da singularidade do caminho percorrido pela disciplina de Enfermagem para o desenvolvimento de seu conhecimento, chamando a atenção para a ênfase dada aos debates realizados sobre a sua estrutura ao invés de sua substância. Entre os temas debatidos, estavam incluídos se deveríamos ou não ser capazes de desenvolver teorias de Enfermagem, se os objetivos metodológicos deveriam ser estabelecidos “pelos demônios positivistas ou pelos anjos fenomenológicos”, e, ainda, se a disciplina de Enfermagem deveria usar pesquisa quantitativa ou qualitativa, uma abordagem cartesiana ou hermenêutica.

Mezquita (1993), ao empreender uma análise sobre a absorção da fenomenologia pela Enfermagem, identifica Paterson e Zderad como sendo as pioneiras na introdução da noção filosófica de fenomenologia em Enfermagem, ao escreverem e publicarem seu livro intitulado “Enfermagem Humanística”. Desde então, segundo a autora, a fenomenologia passou a ser uma abordagem válida e promissora, trazendo importantes contribuições para o desenvolvimento do conhecimento da disciplina de Enfermagem como uma ciência humana, e sua utilização pelas enfermeiras, teóricas e pesquisadoras tem sido bastante crescente nas últimas décadas.

Inserem-se neste contexto Rosemarie Rizzo Parse e Jean Watson, que na construção de suas teorias de Enfermagem adotam como fonte teórica a abordagem fenomenológica. Parse (1981), ao desenvolver a teoria da evolução humana (antes denominada de teoria do homem-vida-saúde), relaciona as pressuposições acerca do homem e da saúde, a partir de uma síntese da ciência dos seres humanos unitários, desenvolvida por Martha Rogers, e pelo pensamento existencial-fenomenológico articulado por Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre e Merleau-Ponty, criando uma nova maneira de encarar o ser humano, a saúde, o ambiente e a Enfermagem (TOMEY; ALLIGOOD, 1998). De acordo com Sarter (1988), as posições que Parse abstraiu do existencialismo-fenomenológico incluem intencionalidade, subjetividade humana, co-constituição, coexistência e liberdade. No que se refere a Watson (1985), por sua vez, afirma que, para desenvolver sua teoria designada de “Filosofia e Ciência da Assistência”, adotou a orientação filosófico-existencial-fenomenológica, espiritual, baseada em parte na filosofia oriental. A autora tem sido apontada como a única teórica de Enfermagem a defender de modo explícito o conceito de alma e enfatizar a dimensão espiritual da existência humana (SARTER, 1988).

A constatação da absorção crescente da fenomenologia, nos mais diferentes campos de atuação, tem levado algumas estudiosas, a examinar criticamente as implicações que esta abordagem pode trazer e/ou tem trazido para o desenvolvimento do conhecimento específico da Enfermagem, bem como para a utilização deste conhecimento na prática assistencial pelas enfermeiras. Nesse particular, vale mencionar o estudo recentemente desenvolvido por Van der Zalm; Bergum (2000),

que, tomando por base os padrões de conhecimento considerados e categorizados por Carper (conhecimento empírico, ético ou moral, estético e pessoal) e por White (conhecimento sociopolítico) como relevantes para a Enfermagem, descrevem as contribuições dadas pela fenomenologia hermenêutica para o desenvolvimento de cada um dos diferentes padrões e, conseqüentemente, para a prática de enfermagem. Ao concluírem sua investigação, ressaltam que

a fenomenologia fornece conhecimento empírico, particularmente uma teoria descritiva e explanatória, conhecimento que é relevante para a ação ética, conhecimento que contribui para o conhecimento pessoal e ainda conhecimento como compreensão que se faz necessário para interpretações estéticas e para respostas em situações de enfermagem (VAN der ZALM; BERGUM, 2000, p. 216).

Pelos estudos apresentados, pode-se perceber que a fenomenologia enquanto referencial filosófico-metodológico tem sido utilizada como uma importante via para o desenvolvimento do saber da Enfermagem, constituindo-se em objeto de análises e discussões entre as teóricas e pesquisadoras de Enfermagem, as quais são unânimes em reconhecer sua relevância e contribuição para o fortalecimento das bases ontológicas e epistemológicas da Enfermagem.

4.2 MAURICE MERLEAU-PONTY E A TEORIA FENOMENOLÓGICA DA EXPRESSÃO

Tendo como referencial teórico-filosófico a teoria fenomenológica da expressão de Merleau-Ponty, faz-se necessário focalizar as contribuições filosóficas fornecidas por este modelo, as quais foram empregadas e, portanto, serviram de base para a caracterização descritiva do presente estudo e incorporadas para o desenvolvimento do mesmo, cujo tema gravita em torno da busca da compreensão do significado da vivência da privação do ato de amamentar para a existência do ser-mulher/mãe HIV positiva, a partir da descrição fenomenológica da expressividade corporal dessas mulheres.

Assim sendo, inicialmente retomo a crítica merleau-pontyana dirigida ao naturalismo das teorias do corpo próprio desenvolvidas pela tradição cartesiana, seguida da interpretação merleau-pontyana do conceito fenomenológico de corpo

próprio, da descrição da experiência do corpo próprio: da expressividade lingüística ao corpo como matriz expressiva, bem como a noção de expressão como estruturação temporal da experiência corporal e, por último, a estruturação temporal da experiência corporal e constituição da subjetividade.

4.2.1 Crítica merleau-pontyana ao naturalismo das teorias do corpo próprio desenvolvidas pela tradição cartesiana

A união entre a alma e o corpo não é selada por um decreto arbitrário entre dois termos exteriores, um objeto, outro sujeito. Ela se realiza a cada instante no movimento da existência (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 131).

Desde que Galileu, ao estudar os movimentos dos corpos, apresentou a realidade do Universo como geométrica e o mundo natural como uma máquina gigantesca e autocontida, constituída de corpos em movimento no tempo e no espaço, e o ser humano com seus propósitos, sentimentos e emoções foi dele excluído como um espectador sem importância, operando deste modo, como no dizer de Müller (2001, p. 17) uma “clivagem daquilo que nos fenômenos físicos apresenta-se como qualidade primária¹⁵ e qualidade secundária¹⁶”, foi desencadeada uma concepção de mundo (como natureza), da qual a subjetividade do ser humano foi completamente excluída.

De acordo com Burt (1991), a tese galileana distinguiu de modo claro aquilo *que no mundo é absoluto, objetivo, imutável e matemático*, considerado como o reino do conhecimento, divino e humano, em contraste àquilo *que é relativo, subjetivo, flutuante e sensorial* e que habita os reinos da opinião e da ilusão (p. 67). Como resultado, acrescenta Koyré apud Moura (1997), os antagonistas reconheceram a impossibilidade de se estabelecer uma “dedução matemática das qualidades”, conduzindo-os à seguinte operação galileana: já que não é *possível matematizar a qualidade sensível, decidir-se-á destituí-la de todo e qualquer estatuto ontológico, decidir-se-á bani-la da natureza*. Tal concepção, que privilegia somente aquilo que

¹⁵ **Qualidade primária** ou matematicamente traduzível (dimensões, figuras, peso, posição, movimento, número, solidez) (BURTT, 1991).

¹⁶ **Qualidade secundária** ou sensação (cores, sons, odores, sabores, derivadas das primárias) (BURTT, 1991).

nos fenômenos físicos é possível inferir matematicamente, abriu caminho para dois geniais pensadores que podiam comparar-se a ele próprio – Descartes e Newton (BURTT, 1991).

Assim como Galileu, Descartes acreditava que o “livro da natureza é escrito com a linguagem da matemática”, e seu desejo em descrever a natureza (ou mundo) em termos matemáticos conduziu-o à sua mais importante descoberta, ou seja, a do espírito por si mesmo que percebe que existe como sujeito. Do *cogito* deduziu que a alma é uma substância pensante, cuja natureza é completamente distinta da natureza do corpo e dos demais corpos exteriores; logo, toda essência está em pensar, e é através do pensamento que podemos representar. Contudo, em seu empreendimento, ao tentar resgatar o papel da subjetividade destituída pela clivagem galileana, atribuindo ao ser humano o poder de representar fenômenos de forma necessária, operou uma outra clivagem entre este poder que o ser humano tem de representar o mundo (exterior) e sua experiência particular (o sujeito interior). Nasce, assim, uma nova ontologia, cujas proposições colocam em crise a visão metafísica do ser humano e do mundo (como natureza) delineada pela Filosofia da Antigüidade (essencialmente aristotélica) e Idade Média (sobretudo a tradição escolástica), segundo a qual o fenômeno (aquilo que aparece) é tão-somente uma representação, objetiva ou não, de algo que existe, independente de nossa existência, que pode ou não participar do nosso campo perceptivo, que chamamos de mundo natural. Deste modo, Descartes estabelece novas bases, novos métodos e novos objetivos para a Filosofia, cuja lógica do pensamento segue uma fórmula dedutivo-demonstrativa. Assim procedendo, acreditava ser possível construir os alicerces do conhecimento humano, a “ciência admirável”, ou a *mathesis universalis* (LUIJPEN, 1973).

Em tal ontologia, na avaliação de Merleau-Ponty, ainda que Descartes tenham instituído uma postura filosófica, crítica e louvável, ao estabelecer a distinção

entre uma *res extensa* (universo de extensões matematicamente determinadas e exteriores entre si, ou “geométricas”) e uma *res cogitans* (universo de nossa subjetividade inextensa, cuja essência é o pensamento e para quem as experiências sensível, volitiva, gestual e falante – dentre outras – são tão somente modalidades subsidiárias), inflacionou nossa compreensão dos fenômenos (MÜLLER, 2001, p. 13-14).

Através dessa distinção, Descartes acreditava ter atingido a substância pensante – a alma espiritual, cuja essência está no pensamento, entendido como toda atividade psíquica, espiritual. A esta atividade ele atribuiu uma primazia originária do pensamento, ou seja, do conhecimento intelectual. E, em detrimento deste conhecimento, o conhecimento sensível é totalmente desvalorizado (tanto os que se relacionam com o mundo das emoções, das paixões, no campo prático, quanto aqueles que se relacionam com o das sensações, no plano teórico).

E ainda, no que diz respeito à essência do mundo, Descartes reconhece como primárias (objetivas) só as propriedades da matéria que podem ser concebidas clara e distintamente pelo intelecto, privando as coisas materiais das qualidades secundárias, sensíveis, consideradas como essencialmente subjetivas.

Para Descartes, a substância material tem como propriedade essencial a extensão, assim como o espírito tem como propriedade essencial o pensamento. A extensão determina-se na figura, no movimento, que são os modos da matéria, como o pensamento se determina no conhecimento, na vontade, dentre outros que são os modos do espírito.

Considerando as extensões, a matéria inerte e a força, o movimento local, Descartes acredita explicar geometricamente, mecanicamente – todo o mundo natural: orgânico e inorgânico, vegetal e animal, quer na sua natureza, quer na sua história. Propõe, assim, uma Filosofia natural, essencialmente mecanicista, onde o corpo humano, enquanto *res extensa*, ou seja, enquanto extensão, é visto como uma máquina animada pela alma, o animal é visto como uma máquina, do mesmo modo como todo o Universo também é visualizado como uma máquina, todos, vale dizer, funcionando como um mecanismo semelhante ao das máquinas construídas pelo homem, como por exemplo o relógio.

Ao fundamentar sua concepção da natureza, estabelecendo uma cisão entre dois domínios separados e independentes: o da mente e o da “coisa pensante”, ou seja, o universo da subjetividade inextensa, cuja essência é o pensamento do qual as experiências são eventos subsidiários (*res cogitans*), e o da matéria, identificado como o conjunto de partes exteriores que a Matemática pode representar (*res extensa*), e, ainda, ao sustentar que as coisas exteriores podem ser conhecidas desde que através de

representações formuladas pelo sujeito do conhecimento, definindo, deste modo, o conhecimento como a capacidade do pensamento para representar (objetivamente) os fenômenos de forma necessária, Descartes, considerado o maior articulador da ontologia dualista galileana, despoja de nossas experiências todo e qualquer valor cognitivo, por considerar que as mesmas não têm o poder de representar, a não ser de modo obscuro e confuso (MÜLLER, 2001).

Tal concepção, que encerra em seu interior uma ontologia eminentemente voltada para o nosso poder de representar os fenômenos por meio de pensamentos, excluindo totalmente as nossas experiências, não reconhecendo nelas qualquer significação, e da qual somos herdeiros até hoje, ainda que sob muitos aspectos vivamos inquestionavelmente a sua derrocada, perdurou por três séculos, influenciando e dominando de maneira significativa o pensamento ocidental.

A tentativa de postular uma nova ontologia dentro de uma perspectiva diferente do que aquela colocada em prática pela ciência que se encontra em crise, é, então, formulada por seguidores vinculados ao movimento filosófico inaugurado no início do século passado por Husserl e seguido por seus epígonos, entre os quais destaco Merleau-Ponty, que é a fenomenologia.

A tradição fenomenológica da qual Merleau-Ponty é seguidor busca, essencialmente, transcender a ontologia cartesiana, rechaçando a oposição dualista sujeito-objeto. Particularmente no que se refere ao empreendimento realizado por Merleau-Ponty, esta busca encontra nos resultados das pesquisas experimentais da Psicologia e da neurologia, realizadas na Alemanha pela Escola da *Gestalttheorie* acerca da experiência perceptiva e, particularmente, da experiência perceptiva do corpo próprio, apresentado na sua obra intitulada “O Primado da Percepção e suas Conseqüências Filosóficas”, as primeiras pistas que parecem contrariar as teses dos cartesianos e antagonistas. Nesse sentido, mostra que, ao contrário dos adeptos do cartesianismo, que tratam a percepção como uma operação intelectual pela qual os dados inextensivos são colocados em relação e explicados, de tal modo que acabam por constituir um universo objetivo, a experiência perceptiva não se constitui numa operação intelectual, e os fenômenos perceptivos independem de uma representação

exterior aos elementos sensíveis de nossa experiência (MERLEAU-PONTY, 1999).

Para Merleau-Ponty:

a percepção não é uma ciência do mundo, nem mesmo um ato ou um assumir deliberado de uma posição. É a base a partir da qual, cada ato emana e é pressuposta por ele. O mundo não é um objeto de cuja constituição eu possua a lei. Portanto não está em mim, pessoa, possuir a lei da constituição do objeto. O mundo não é isso. É o meio natural e o campo de todas as minhas idéias ou pensamentos e de todas as minhas percepções e de todas as minhas percepções explícitas. A verdade não mora apenas no “homem interior” pois não existe homem interior. O homem acha-se perante si mesmo e está no mundo que ele próprio conhece (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 6).

Na discussão sobre os prejuízos naturalistas clássicos, apresentada na obra “Fenomenologia da Percepção”, Merleau-Ponty ataca o empirismo bem como sua antítese intelectualista, considerando-os cúmplices, incluindo a própria fenomenologia, ao não aceitarem dar ao sensível uma significação. No ataque ao empirismo, toma como objeto de análise duas definições de sensação sustentadas por ele e, ao testá-las, aponta dois erros, ambos considerados como provenientes do prejuízo do mundo. No seu modo de ver, a qualidade pela qual o empirismo queria definir a noção de sensação, retrata o ponto de vista naturalista na medida em que o faz considerando-a não como um elemento da consciência, mas sim como um objeto, e, como tal, um objeto tardio de uma consciência científica, mascarando, desse modo, a subjetividade do que a revela. Para Merleau-Ponty, todas as definições de sensação até então formuladas teoricamente não têm sido realizadas com base na descrição dos fenômenos do modo como eles se dão, mas sim como uma construção acerca deles.

Na visão de Merleau-Ponty (1999, p. 56) o que faltava “ao empirismo era a conexão interna entre o objeto e o ato que ele desencadeia”, e, para o intelectualismo, “a contingência das ocasiões de pensar”. Para o primeiro, a consciência é deflacionada, praticamente destituída de qualquer valor, ou seja, é considerada muito pobre, e para o segundo, a mesma é inflacionada, sendo rica demais para que algum fenômeno possa requisitá-la. No seu modo de ver, ambas as doutrinas situam-se no mesmo terreno pois “tomam por objeto de análise o mundo objetivo [...] e são incapazes de exprimir a maneira particular pela qual a consciência perceptiva constitui seu objeto” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 53).

A leitura dos textos merleau-pontyanos permite localizar outros pontos, comuns a ambas as doutrinas, por ele identificados e considerados como facilmente suscetíveis à sua crítica, dentre os quais destaco: no que se refere à percepção, procuram manter distância, ao invés de aderirem a ela; em nome da pura exterioridade ou da pura interioridade, se recusam em dar ao sensível a possibilidade de uma significação, esquecendo-se da inserção do espírito no corpo, da relação ambígua que o ser humano mantém com ele mesmo e com as coisas percebidas; têm em comum também a “idéia de que a atenção não cria nada, já que o mundo em si ou um universo de pensamento determinante, estão igualmente subtraídos à ação do espírito” (MERLEAU-PONTY, 1962, p. 401, 1999, p. 56).

Aliás, Moura (1980), ao aprofundar, em seu artigo intitulado “A cera e o abelhudo”, a crítica que Merleau-Ponty dirige ao intelectualismo, tomando como objeto de análise a percepção da cera descrita na “Segunda Meditação”, de Descartes, reconhece como origem de todas as dificuldades do cartesianismo a sua recusa em dar ao sensível uma significação.

Contrariamente ao que sustentava a tradição cartesiana, Merleau-Ponty acredita que a experiência é capaz de significar, independentemente de nossa capacidade de representar. E, motivado por esta crença, propõe uma nova ontologia, que é apresentada sob a forma de descrição do mistério da expressão inerente às nossas experiências. Para Merleau-Ponty (1962, p. 401):

o espírito que percebe é um espírito encarnado, e é este enraizamento do espírito em seu corpo e em seu mundo que primeiramente buscamos restabelecer, tanto contra as doutrinas que tratam a percepção como simples resultado da ação das coisas exteriores sobre nosso corpo, como contra aquelas que insistem sobre a autonomia da tomada de consciência.

É na situação que precede a cisão sujeito-objeto, na nossa experiência primordial de contato perceptivo corpo-mundo, que Merleau-Ponty procura se instalar. Para Merleau-Ponty, é a percepção como ato inaugural, e não o sujeito da consciência representativa, que nos abre o sentido dos dados percebidos. Assim, a percepção é construída na relação que se inaugura entre corpo e mundo, e não através de uma idéia de realidade previamente estabelecida na consciência. Deste modo, a filosofia do corpo proposta por Merleau-Ponty pretende nos revelar

o ser humano em sua originalidade de ser-no-mundo e o corpo próprio como **expressão** desta nova realidade: nem um para si na ordem de uma consciência absoluta, nem um-em-si puro da ordem do objetivo; nem um nem outro porque o ato primordial de significação em que o exprimido não existe à parte da expressão, mas estabelece um sentido encarnado¹⁷.

Tendo como horizonte a busca do restabelecimento da unidade entre nossas experiências e os fenômenos drasticamente desprezados pela ontologia dualista cartesiana, é que Merleau-Ponty apresenta o conceito de expressividade da experiência e a reconsideração de nosso contato com o corpo próprio, com as coisas do mundo e com o outro, a partir da experiência vivida ou como modo de ser no mundo (MÜLLER, 2001).

4.2.2 Interpretação merleau-pontyana do conceito fenomenológico de corpo próprio

Eu não sou o resultado ou o entrecruzamento de múltiplas causalidades que determinam meu corpo ou meu “psiquismo”, eu não posso pensar-me como uma parte do mundo, como o simples objeto da biologia, da psicologia e da sociologia, nem fechar sobre mim o universo da ciência. Tudo aquilo que sei do mundo (...) eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo (...) (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 3).

A noção de corpo próprio ou corpo fenomenal se constitui na noção-chave da filosofia merleau-pontyana, e, embora esteja presente na maior parte de seus escritos, encontra na sua primeira obra “A Estrutura do Comportamento”¹⁸ o lugar legítimo de suas primeiras formulações. Para Merleau-Ponty, a noção de corpo é entendida a partir de reflexões inerentes à presença do sujeito no mundo e às relações estabelecidas entre ambos, contrapondo-se, deste modo, às concepções de corpo como objeto e alteridade radicais consideradas pela maior parte dos pensadores ocidentais que o precederam. Ao reconhecer no corpo uma unidade distinta daquela do objeto científico, Merleau-Ponty critica a concepção clássica que vê no corpo do ser humano apenas o receptáculo de uma alma ou de uma consciência, uma massa material, uma soma de partes ou órgãos justapostos no espaço, um objeto entre objetos, uma rede de causas e efeitos. O corpo distintamente objetivado sob o olho do espírito, ou seja, a

¹⁷J. A. Correa. Prefácio da Edição Brasileira. *A Estrutura do Comportamento Humano de Merleau-Ponty*. 1975, p. 16.

¹⁸Concluída em 1938, tem sua primeira edição em 1946.

representação cartesiana do corpo é o principal alvo da reflexão crítica que Merleau-Ponty estabelece acerca da corporeidade.

Questionando a experiência do corpo próprio, situando-se no terreno do vivido, severamente desqualificado pela ciência e pela Filosofia, Merleau-Ponty sustenta que a corporeidade é a modalidade fundamental da existência. Para Merleau-Ponty, “o corpo é o veículo do ser no mundo” (1999, p. 122), no qual são armazenadas todas as significações vividas e através do qual o sujeito encarnado vê, interage, percebe e, simultaneamente, é percebido. Constituindo-se, portanto, na dimensão fundamental da existência do sujeito, o corpo para Merleau-Ponty não pode ser compreendido “apenas como uma coisa ou um objeto entre os outros objetos, um complexo de qualidades entre outros, ele é um objeto sensível a todos os outros” (1999, p. 317). Antes de qualquer coisa, ele se constitui em um espaço expressivo, um conjunto de significações vividas. É a partir do corpo próprio, do “corpo vivido”, que posso estar presente no “mundo” em relação com os outros e com as coisas, bem como a maneira de como estas se tornam presentes para mim. O corpo vivido é sensível a tudo, ressoa para todos os sons, vibra com todas as cores, dando às palavras e aos gestos uma significação primordial [...] (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 317). Assim sendo, o corpo próprio é simultaneamente objeto constituído e constituinte em relação aos outros objetos (1999, p. 318). Com sua reversibilidade, os sentidos dão uma dimensão profunda do ser. Merleau-Ponty evoca, assim, em sua primeira obra “A Estrutura do Comportamento”, a diferença entre o corpo vivido e o corpo objetivo, dando início a uma caracterização que o conduziria a escrever na sua obra seguinte “Fenomenologia de Percepção”: “*eu não tenho um corpo, mas sim, eu sou o meu corpo*”.

Conforme afirma Merleau-Ponty nessa obra, o corpo vivido ou corpo próprio é sempre sexualidade ao mesmo tempo em que é liberdade, enraizado na natureza em que ele se transforma em cultura [...] Eu sou, portanto, meu corpo, ao menos em toda medida onde eu tenho uma aquisição. Assim, meu corpo é um ser total, mas jamais totalizado, acabado. Trata-se de uma *totalidade totalizante*. Segundo Merleau-Ponty, o corpo próprio, ou seja, o corpo fenomenal, o corpo vivido, mantém com o mundo uma ligação ambígua e inesgotável, a qual designou de conascimento.

4.2.3 Descrição da experiência do corpo próprio: da expressividade lingüística ao corpo como matriz expressiva

Conforme já abordado anteriormente, Merleau-Ponty (1999) reconhece no corpo uma unidade distinta daquela do objeto científico, descobrindo uma intencionalidade e um poder de significação até mesmo em sua função sexual. Na sua obra “Fenomenologia da Percepção”, dedica um capítulo, especialmente, à descrição do corpo como expressão e da fala, e, através dessa descrição (do fenômeno da fala e do ato de significação), propõe-se a ultrapassar de modo definitivo a clássica dicotomia sujeito/objeto. Neste sentido empreende sua análise, tomando como alvo as concepções de linguagem sustentadas pelas psicologias empirista e intelectualista, para as quais, conforme seu diagnóstico, a palavra está destituída de significação e é incapaz de realizar um pensamento.

Em relação à primeira, ou seja, à Psicologia empirista, argumenta que

a evocação da palavra não é mediada por nenhum conceito, que os estímulos ou “estados de consciência,” dados a convocam segundo as leis da mecânica nervosa ou segundo as leis da associação, e que assim a palavra não traz seu sentido, não tem nenhuma potência interior e é apenas um fenômeno psíquico, fisiológico ou mesmo físico, justaposto aos outros e trazido à luz pelo jogo de uma causalidade objetiva (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 240).

Disso decorre que a fala nunca é um fenômeno espontâneo. Nessa concepção, argumenta o filósofo, o sujeito está aquém da palavra significativa e inexistente enquanto sujeito falante.

No que se refere à segunda, ou seja, à Psicologia intelectualista, considera igualmente que a palavra continua desprovida de um poder próprio de significação, já que se constitui apenas em um “signo exterior de um reconhecimento interior que poderia fazer-se sem ela e para o qual ela não contribui” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 240). Neste caso, reconhece que a palavra não é desprovida de sentido, já que atrás dela existe uma operação categorial, embora admita, ao mesmo tempo, que ela não tem este sentido, não o possui; é o pensamento que tem um sentido, e a palavra continua, como no seu dizer, “a ser um invólucro vazio e inerte” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 241). Contrariamente à concepção da Psicologia empirista, aqui existe um sujeito, só que, conforme argumenta Merleau-Ponty, é o sujeito pensante e não o falante. No que

se refere ao fenômeno da própria fala, diz que tanto o empirismo como o intelectualismo são muito parecidos, e nenhum dos dois pode prescindir de uma explicação sem recorrer ao poder autônomo da significação. Portanto, no seu modo de ver, em ambas as situações, no que se refere à concepção da linguagem, o sujeito falante não existe e a simples constatação de que “a palavra tem um sentido”, fato que contraria as teses postuladas pelos empiristas e intelectualistas, é suficiente para ultrapassá-las.

Na avaliação de Merleau-Ponty (1999), faz-se necessário que, de modo definitivo, a palavra e a fala não sejam mais utilizadas como uma maneira de designar o objeto ou o pensamento, como sua vestimenta, seu signo, invólucro, ou um simples meio de fixação, mas sim como sendo a presença desse pensamento no mundo sensível, seu emblema ou seu corpo. Isto porque a fala e o pensamento estão intrinsecamente envolvidos um no outro, onde “o sentido está enraizado na fala e a fala é a existência exterior do sentido” (1999, p. 247). Sendo assim, Merleau-Ponty sugere que nos apropriemos de nosso pensamento, o que acredita ser possível de ser alcançado através da expressão. Ele identifica uma significação existencial na significação conceitual das falas, que não é apenas traduzida ou interpretada por elas, mas que está presente nelas e é inseparável delas. Em outras palavras, poder-se-ia talvez dizer que, na visão merleau-pontyana, as falas estão grávidas de significados existenciais.

De acordo com Merleau-Ponty (1999), quando a operação de expressão é bem-sucedida, ela tem o poder de fazer a significação existir no interior do expresso, e quando isso ocorre, possibilita a abertura de um novo campo e de uma nova dimensão para nossa experiência. Neste sentido, recorre à arte, à música e à pintura como exemplos para demonstrar que a operação expressiva que ocorre nestas modalidades de expressão estética de fato realiza a significação, não se limitando apenas em traduzi-la. Para ele, processo semelhante ocorre com a expressão dos pensamentos pela fala, o que nem sempre é facilmente identificado, levando-nos algumas vezes a acreditar na existência de um pensamento para si, anterior à expressão, em decorrência de vivermos num mundo onde a fala está *instituída* (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 250). Disso decorre que estamos rodeados de pensamentos já formados e já

exteriorizados que habitam silenciosamente nossas lembranças, dando-nos a falsa impressão de uma vida interior. Tal impressão é falsa e nos engana porque, segundo Merleau-Ponty, o “pretensilêncio é sussurrante de falas” (1999, p. 249) e a vida interior nada mais é do que uma linguagem interior.

Conforme Merleau-Ponty (1999), o que torna possível a comunicação é a fala, que é definida como um verdadeiro gesto que contém seu sentido, do mesmo modo que o gesto contém o seu. A compreensão do outro se dá através do meu corpo, do mesmo modo que é por meio do meu corpo que percebo as coisas. A compreensão da fala do outro, por sua vez, requer que eu já conheça seu vocabulário e sua sintática. Neste sentido, adverte Merleau-Ponty, “não é com representações ou com um pensamento que em primeiro lugar eu comunico, mas com um sujeito falante, com um certo estilo de ser e com o mundo que ele visa” (1999, p. 249). De acordo com Merleau-Ponty, a linguagem, ou seja, os sistemas constituídos de vocabulário e de sintaxe e os veículos de expressão empíricos constituem-se no depósito e na sedimentação de atos de fala, onde o sentido não formulado encontra não só um meio para ser exteriorizado, como também adquire existência para si mesmo e é engendrado como sentido.

Merleau-Ponty (2002), na obra “A Prosa do Mundo”, distingue duas modalidades de linguagem: “a linguagem de depois, a que é adquirida e que desaparece diante do sentido do qual se tornou portadora, e a que se faz no momento da expressão, que vai fazer-me passar dos signos ao sentido – “a linguagem falada e a linguagem falante” (2002, p. 32). A primeira é aquela que pode ser comparada com a bagagem lingüística que um leitor traz consigo antes de ler um livro; ela se constitui no conjunto das relações de signos estabelecidos com significações disponíveis, sem a qual ele estaria impedido de ler. Já a linguagem falante consiste na operação pela qual uma certa combinação de signos e de significações, já disponíveis, passa a modificar e depois transfigurar cada um deles, até, finalmente, engendrar uma significação nova. Na obra “Fenomenologia da Percepção”, Merleau-Ponty, ao abordar o fenômeno da fala, também realça a distinção entre o que denominou de *fala falante* e *fala falada*. A fala falante é identificada como uma fala original e criativa, em que a intenção significativa se encontrar em estado nascente, ou seja, ainda não formulada. É a fala

que produz novos pensamentos e não apenas reproduz pensamentos acabados, prontos. Já a fala falada, é aquela que utiliza palavras sob a orientação de uma forma lingüística correntemente usada, ou seja, é aquela em que é retomada a forma lingüística já constituída, por meio da qual esse pensamento passou a existir, ou, simplesmente, quando se retoma um já dito (1999, p. 266).

Para Merleau-Ponty, tomar como objeto de análise a fala e a expressão nos leva a reconhecer “a natureza enigmática do corpo próprio”, uma vez que é possível identificar que o mesmo “não está ali onde está, ele não é aquilo que é – já que o vemos secretar em si mesmo um sentido que não lhe vem de parte alguma, projetá-lo em sua circunvizinhança material e comunicá-lo aos outros sujeitos encarnados” (1999, p. 267). Neste particular, sublinha mais uma vez que ele não é um objeto passível de ser reduzido a partículas menores e depois ser recomposto para formar uma idéia clara e acabada. Ao contrário, “ele é sempre outra coisa daquilo que ele é, sempre sexualidade ao mesmo tempo que liberdade, enraizado na natureza no próprio momento em que se transforma pela cultura, nunca fechado em si mesmo e nunca ultrapassado” (1999, p. 267). Tal revelação de um sentido imanente presente no corpo vivo também está presente em todo o mundo sensível, “e nosso olhar, advertido pela experiência do corpo próprio, reencontrará em todos os outros “objetos” o milagre da expressão” (1999, p. 268).

4.2.4 A expressão como estruturação temporal da experiência corporal

Para Merleau-Ponty (1999), a expressão é sempre a manifestação ou emergência espontânea dos fenômenos no seio de nossa experiência, envolvendo a totalidade das partes (sejam espaciais e/ou temporais). Tal manifestação se dá através de uma relação de implicação espontânea (espaço/temporal) destas partes. Esta implicação, por sua vez, consiste numa relação de não-independência das partes, ou seja, é a estruturação temporal das partes, onde cada parte está sempre co-presente para a outra. A estruturação temporal das partes é um movimento de transcendência no tempo. A transcendência é o *cogito* tácito da unidade de nossa existência que, por sua vez, consiste na tentativa de uma condensação do já vivido na atualidade em que

vivemos. A totalidade constituída por esse movimento de transcendência é correlativa ao próprio fenômeno e não à sua representação, e é expressa no interior de nossas experiências como excesso temporal que se sobrepõe ao dado no espaço: sentido encarnado. A cada instante, em cada gesto, o corpo exprime a existência. Assim sendo, Merleau-Ponty propõe o conceito de expressividade da experiência, buscando restituir o poder criador inerente à mesma através do restabelecimento do ponto de contato entre os fenômenos e nossas experiências, entendendo por isso a maneira espontânea como este contato institui significações.

4.2.5 A estruturação temporal da experiência corporal e a constituição da subjetividade

Merleau-Ponty (1999), ao se referir à estruturação temporal de nossos comportamentos, reafirma, a exemplo do que fez com a sexualidade e a espacialidade, a impossibilidade da existência de ter algum atributo exterior ou contingente, bem como ser o que quer que seja, sem sê-lo por inteiro, sem retomar e assumir seus atributos e fazer deles dimensões de seu ser. Analisar o tempo para Merleau-Ponty é, antes de tudo, ter acesso à estrutura completa da subjetividade e não simplesmente tirar as conseqüências de uma concepção preestabelecida dela. A possibilidade da compreensão do sujeito, no seu entendimento, não se encontra na sua pura forma ou estrutura em si, mas sim na intersecção de suas várias dimensões. Assim sendo, chama a atenção para o fato de que precisamos considerar o tempo em si mesmo, penetrando na sua dialética interna, pois acredita que é deste modo que seremos levados a rever nossa idéia de sujeito.

“O tempo supõe uma visão sobre o tempo” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 551). Dito de outro modo, falar sobre o tempo implica na presença de um sujeito que vê, que observa e que sente. E assim sendo, nos diz Merleau-Ponty, o tempo não pode ser comparado a um riacho e nem tampouco a uma substância fluente simplesmente. O tempo, na perspectiva merleau-pontyana, não é considerado um processo real, uma sucessão efetiva de “agoras” que eu me limitaria a registrar. Ele nasce da minha relação com as coisas, mantendo-se ligado ao *kairós* (ao tempo vivido), não sendo

reduzido ao *chrónos* (ao tempo cronológico). É no interior das “próprias coisas que o porvir e o passado estão presentes numa espécie de pré-existência e de sobrevivências eternas” (1999, p. 551). O que para mim é passado ou futuro está presente no mundo. Esse modo subjetivo de compreender o tempo se contrapõe ao mundo objetivo, que não é capaz de agregar o tempo, já que é excessivamente completo para que nele haja tempo.

Para Merleau-Ponty, o tempo é considerado como algo imaterial, mas que pode ser percebido. Ele não é objeto do nosso saber e sim uma dimensão de nosso ser. É no meu “campo-presença” que posso vislumbrar atrás dele a trajetória percorrida e diante dele o horizonte do porvir, sendo deste modo que mantenho contato com o tempo e que aprendo a conhecer o seu curso. E “O tempo não é uma linha, mas uma rede de intencionalidades” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 558).

Segundo Merleau-Ponty (1999), cada presente reafirma a presença de todo o passado que expulsa e antecede a presença de todo porvir. No seu modo de ver:

o que existe não é um presente, depois um outro presente que sucede o primeiro no ser, e nem mesmo um presente com perspectivas de passado e de porvir seguido por um outro presente em que estas perspectivas seriam subvertidas, de forma que seria necessário um espectador idêntico para operar a síntese das perspectivas sucessivas: existe um só tempo que se confirma a si mesmo, que não pode trazer nada à existência sem já tê-lo fundado como presente e como passado por vir, e que se estabelece por um só movimento (1999, p. 564).

Visto desse modo, portanto, o passado não é passado nem o futuro é futuro. Os dois só existem quando uma subjetividade vem romper a plenitude do ser em si e esboçar ali uma perspectiva, introduzir o não ser. Tanto o passado como o futuro surgem quando eu me lanço em direção a eles.

4.2.6 A noção da intersubjetividade em Merleau-Ponty

A possibilidade de surgimento do outro para mim, sua presença enquanto elemento constitutivo do mundo ao qual pertencço e, sobretudo, enquanto elemento que me constitui, é foco de atenção de Merleau-Ponty desde as suas primeiras obras, e é na “Fenomenologia da Percepção” (1945) que suas formulações acerca da noção de intersubjetividade vão ser mais bem esboçadas. A este tema dedica especial atenção no

capítulo 4, da segunda parte, sob o título “Outrem e o mundo humano”, onde procura desvelar a presença e a existência do outro, tomando como ponto de partida a noção da temporalidade. Logo no início, chama a atenção para mostrar que o tempo natural se mantém no centro de nossa subjetividade – de nossa história –, de onde segue que, do mesmo modo que a natureza penetra no centro de nossa vida pessoal e enlaça-se a ela, os nossos comportamentos também se infiltram na natureza, deixando suas marcas sob a forma de um mundo cultural. Deste modo, compreendemos que não temos apenas um mundo físico, mas também usufruímos de um mundo construído pela ação humana, em cujos objetos ficam depositadas as suas marcas. E o primeiro dos objetos culturais é, para Merleau-Ponty, o corpo de outrem enquanto detentor de um comportamento e pelo qual todos os outros objetos culturais existem. Dando seqüência à sua linha de raciocínio, prossegue em busca de resposta para a seguinte questão:

como um objeto no espaço pode tornar-se o rastro falante de uma existência, como, inversamente, uma intenção, um pensamento, um projeto podem separar-se do sujeito pessoal e tornar-se visíveis fora dele em seu corpo, no ambiente que ele se constrói? (MERLEAU-PONTY, 1999, 467).

E é no corpo que Merleau-Ponty vai encontrar um começo de solução para esta questão, argumentando que é exatamente o meu corpo que percebe o corpo do outro encontrando nele como que uma continuidade de minhas próprias intenções. O corpo entendido como campo primordial, onde toda a experiência aparece e se realiza, e também se constituindo a maneira de acessarmos o mundo, deste nos ser revelado e dele tomarmos consciência. Do mesmo modo que as partes do meu corpo forma no seu conjunto um sistema, o meu corpo e o corpo do outro formam igualmente um “único todo, o verso e o reverso de um único fenômeno, e a existência anônima da qual meu corpo é a cada momento o rastro que habita doravante estes dois corpos ao mesmo tempo” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 474). Visto desse modo, o corpo é abertura, uma totalidade aberta, não se constituindo nem *um em si* e nem *um para si*, mas, acima de tudo, num conjunto de condições concretas sobre as quais um projeto existencial se realiza. Enquanto espaço eminentemente expressivo e fonte de toda expressão, o corpo está sempre gerando uma comunidade e sempre num ambiente de generalidade. E neste particular, Merleau-Ponty (2002, p. 169), na obra “A Prosa do Mundo”, nos diz que “o problema é compreender como me desdobro, como me descentro”, ou seja,

como eu me abro para algo que não é próprio de mim nem do outro, mas em função disso se reconhecem em coisas que nem nós mesmos sabíamos. Para Merleau-Ponty, é o corpo que, estando situado no mundo, permite-nos experienciá-lo, possibilitando a comunicação, onde a linguagem, enquanto objeto cultural, vai desempenhar um importante papel na percepção do outro. Merleau-Ponty elucida esta questão quando se refere à experiência do diálogo, onde, na relação entre outrem e eu, nossos pensamentos se juntam formando um só tecido, onde nossas falas se misturam de tal modo que nenhum dos dois é o criador:

Existe ali um ser a dois, e agora outrem não é mais para mim um simples comportamento em meu campo transcendental, aliás nem eu no seu, nós somos, um para o outro, colaboradores em uma reciprocidade perfeita, nossas perspectivas escorregam uma na outra, nós coexistimos através de um mesmo mundo (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 474-475).

No que se refere à nossa percepção de outrem enquanto comportamento, Merleau-Ponty (1999) faz uma distinção entre o que chamou de situações vividas e situações apresentadas. Utilizando-se da experiência do luto ou mesmo da cólera como exemplo e alvo de percepção do comportamento de outrem, mostra que o sentido do luto ou da cólera para aquele que os vivencia nunca será igual para aquele que observa a vivência do outro, ou seja, o sentido é diferente para mim e para o outro. No primeiro caso, estamos diante de uma situação vivida, e, no segundo, de uma situação apresentada. Trazendo este exemplo para a situação específica do presente estudo, seria o mesmo que dizer que eu, enquanto pesquisadora, ao observar o comportamento do ser-mulher/mãe HIV positiva (outrem) face à privação do ato de amamentar, nunca poderei tomar por empréstimo sua experiência interna do sentido que tal experiência faz para ela que está sendo por mim observada, já que para ela são situações vividas, ou seja, constituem-se em “variações do ser no mundo, indivisas entre o corpo e a consciência”, e, para mim, constituem-se em situações apresentadas; ou ainda, vivo o meu corpo, mas não posso viver nenhum outro corpo como se fosse o meu.

Ao finalizar o referido capítulo, Merleau-Ponty (1999) propõe acrescentar uma fenomenologia à fenomenologia, sugerindo um retorno ao *cogito*, no sentido de buscar um *logos* que ultrapasse o do pensamento objetivo. E conclui:

No plano do ser, nunca se compreenderá que o sujeito seja ao mesmo tempo naturante e naturado, infinito e finito. Mas se sob o sujeito nós reencontramos o

tempo, e se ao paradoxo do tempo correlacionarmos os do corpo, do mundo, da coisa e de outrem, compreendemos que para além nada há a compreender (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 490).

Exemplos que se aproximam dessas reflexões também podem ser encontrados em outras obras suas, entre as quais, tomo emprestada a intitulada “O Primado da Percepção e suas Conseqüências Filosóficas” (MERLEAU-PONTY, 1990), onde apresenta argumentações acerca da percepção como modalidade original da consciência, a generalização e conseqüências desse resultado. Na primeira leitura que fiz dessa obra, chamou-me a atenção o exemplo prático, bem carnal, que traz em seu conteúdo para sustentar e elucidar sua argumentação filosófica, e que contém em seu interior elementos conceituais importantes para a compreensão da noção de intersubjetividade:

Não saberei nunca como vocês vêem o vermelho, e vocês nunca saberão como eu o vejo, mas essa separação das consciências só é reconhecida depois do fracasso da comunicação, e nosso primeiro momento é de acreditar num ser indiviso entre nós. Não é o caso de tratar essa comunicação primordial como uma ilusão – é o que o sensualismo faz – posto que mesmo assim ela se tornaria inexplicável. Não é o caso de fundá-la em nossa participação comum à mesma consciência intelectual, posto que seria suprimir a irrecusável pluralidade das consciências. É preciso pois que pela percepção do outro eu me ache colocado em relação com um outro eu que esteja em princípio aberto às mesmas verdades que eu, em relação com o mesmo ser que eu. E essa percepção se realiza, do fundo de minha subjetividade vejo aparecer uma outra subjetividade investida de direitos iguais, porque no meu campo perceptivo se esboça a conduta do outro, um comportamento que eu compreendo, a palavra do outro, um pensamento que eu abraço e de que aquele outro, nascido no meio de meus fenômenos, se apropria, tratando-o segundo as condutas típicas de que eu próprio tenho a experiência. Do mesmo modo que meu corpo, como sistema de minhas abordagens sobre o mundo funda a unidade dos objetos que eu percebo, do mesmo modo o corpo do outro, como portador das condutas simbólicas e da conduta do verdadeiro, afasta-se da condição de um de meus fenômenos, propõe-me a tarefa de uma verdadeira comunicação e confere a meus objetos a dimensão nova do ser intersubjetivo ou da objetividade (MERLEAU-PONTY, 1990, p. 50-51).

Deste modo, a elucidação da experiência de outrem, onde o papel do corpo se revela como essencial, a noção da intersubjetividade assume uma questão vital na teoria merleau-pontyana da expressão.

CAPÍTULO 5

ESCOLHENDO UM CAMINHO: O MUNDO DA VIDA COMO PONTO DE PARTIDA.

O mundo é não aquilo que eu penso, mas aquilo que eu vivo; eu estou aberto ao mundo, comunico-me indubitavelmente com ele, mas não o possuo, ele é inesgotável [MERLEAU-PONTY, 1999, p. 14].

Tendo como objeto de estudo a busca da compreensão do significado da privação do ato de amamentar para o ser-mulher/mãe HIV positiva e como referencial teórico-filosófico a teoria fenomenológica acerca da expressão de Maurice Merleau-Ponty, optei pela abordagem hermenêutico-fenomenológica de Max van Manen (1990) como referencial metodológico para o desenvolvimento do presente estudo. Neste capítulo, faço uma breve apresentação do autor, seguida das bases do pensamento fenomenológico que lhes deram sustentação e, posteriormente, descrevo a estrutura do método da pesquisa fenomenológico-hermenêutica, conforme sugere o autor e adotadas como itinerário metodológico neste estudo.

5.1 MAX VAN MANEN¹⁹ E AS BASES FILOSÓFICAS DO PENSAMENTO FENOMENOLÓGICO QUE LHESS DERAM SUSTENTAÇÃO

Num sentido amplo, van Manen (1990) compreende a fenomenologia *como uma filosofia ou uma teoria do único* (p. 7), estando a mesma interessada no que é essencialmente insubstituível. A fenomenologia hermenêutica é uma ciência humana

¹⁹ Max van Manen, educador norte-americano, foi influenciado pelas escolas fenomenológicas européias e também por alguns estudos desenvolvidos na América do Norte. De acordo com Parker (1992), van Manen sofreu grande influência da filosofia merleau-pontyana, constituindo-se este, pela congruência estabelecida, num dos motivos que me fez aproximar de sua abordagem metodológica. O mesmo a descreveu no período em que se encontrava na Universidade de Alberta, no início da década de 80, direcionando sua abordagem para a pesquisa na ciência humana, mostrando um emprego semiótico dos métodos de fenomenologia e hermenêutica, a partir de uma perspectiva pedagógica enraizada na experiência vivida no cotidiano.

que estuda pessoas²⁰ (p. 6) e afirma que a meta da pesquisa fenomenológica consiste na elucidação das experiências vividas através de descrições fenomenológicas.

Max van Manen (1990) acredita que as pessoas que buscam desenvolver pesquisa nesta área não o fazem apenas em nome da pesquisa em si, mas sim vêm motivadas por um profundo interesse prévio. Reconhece a existência de uma variedade de abordagens neste campo, constituindo-se o método, no seu entendimento, apenas num modo de investigar certos tipos de questões, devendo o mesmo, mais do que refletir um mero desejo ou preferência do pesquisador, manter uma certa harmonia com o interesse profundo dele. No interior de sua proposta, apresenta um conjunto de sugestões metodológicas para que o investigador possa se engajar na pesquisa, mostrando caminhos e advertindo para a possibilidade de eventuais perigos de desvios em seu percurso. Apresenta também sugestões sobre o modo como redigir em ciência humana através da arte de escrever e (re)escrever, considerando as especificidades desta área.

O modelo fundamental desta abordagem consiste *na reflexão textual sobre as experiências vividas e as ações práticas da vida diária, com o interesse de ampliar a compreensão do ser humano ou de sua condição de recursos de caráter prático* (VAN MANEN, 1990, p. 4).

Segundo van Manen (1990), a fenomenologia descreve a maneira como uma pessoa se orienta em relação à experiência vivida; a hermenêutica descreve como a pessoa interpreta os “textos” da vida; e a semiótica²¹, por sua vez, é usada para desenvolver uma escrita prática ou uma abordagem lingüística adequada ao método fenomenológico-hermenêutico.²² Elas são vistas como intimamente relacionadas e como atividades praticamente inseparáveis. Fazer pesquisa do ponto de vista fenomenológico, para van Manen (1990) “é sempre questionar o modo como experienciamos o mundo” (p. 5), e este modo de fazer pesquisa é considerado por ele como um ato de cuidar. Para melhor elucidar o sentido e a natureza das tarefas da

²⁰ O termo “pessoa” é usado por van Manen (1990, p. 6) para referir-se à condição única, singular do ser humano, como um ser incomparável, não classificável, incontável e insubstituível, em contraposição ao termo “indivíduo”, comumente usado nas pesquisas em geral como um termo biológico para classificar uma árvore, um animal, um homem, uma mulher, entre outros.

²¹ “Trabalha das partes para o todo e do todo para as partes, descobre os códigos que organizam um texto e examina as oposições que estruturam seu significado” (ANDRADE, 2002).

²² A metodologia hermenêutica engloba uma dialética constante de iteração, análise, crítica, reiteração, reanálise, e assim sucessivamente.

pesquisa fenomenológico-hermenêutica, van Manen (1990) agrupou-as em oito temas, os quais serão apresentados a seguir em linhas gerais.

5.1.1 A pesquisa fenomenológica é o estudo da experiência vivida

“Aquilo que em primeiro lugar caracteriza a investigação fenomenológica, é que ela sempre tem como ponto de partida o mundo da vida²³ ou o mundo da experiência vivida” (VAN MANEN, 1990, p. 7). Sendo a fenomenologia o estudo do mundo da vida, o mundo da atitude natural da vida diária, como nós o experienciamos na cotidianidade de modo imediato, original, pré-reflexivo ou antepredicativo²⁴, conforme descrito por Husserl, ela se difere de quase todas as ciências, na medida em que, ao buscar auxiliar o investigador a obter uma compreensão mais profunda da natureza ou do significado das nossas experiências de cada dia, possibilitando fazer descrições com discernimento sobre o modo como experienciamos o mundo, sem taxomizar, sem classificar, nem abstrair do mundo. Vista deste modo, ela “não nos oferece a possibilidade de teoria efetiva com a qual possamos explicar e/ou controlar o mundo, porém antes, ela nos oferece a possibilidade de discernimentos plausíveis que nos colocam em contato mais direto com o mundo” (VAN MANEN, 1990, p. 9).

5.1.2 A pesquisa fenomenológica busca compreender os fenômenos na forma como eles se apresentam à consciência

Para van Manen, (1990), tudo quanto é de algum modo dado à consciência do ser humano, é potencialmente de interesse para a fenomenologia, seja o objeto real ou imaginado, empiricamente mensurável ou sentido de modo subjetivo (p. 9). Para ele, a consciência consiste no único acesso que os seres humanos têm ao mundo, ou seja, é através dela que estamos atados ao mundo. A consciência é sempre transitiva e estar cômico é estar consciente em algum sentido, em determinado aspecto do mundo, o

²³ Deriva do último texto publicado de Husserl denominado “A Crise das Ciências Europeias e a Fenomenologia Transcendental” e é descrito como sendo o “mundo da experiência imediata”, o mundo como está ali ou já existe ali como predado. O mundo como experienciado na atitude natural, primordial, aquela da vida natural original (VAN MANEN, 1990). Schutz (1970), por sua vez, descreveu o mundo da vida como sendo “a esfera total de experiências de um indivíduo que é circunscrito pelos objetos, pessoas e eventos encontrados ao buscar os objetivos pragmáticos do viver diário” (p. 320).

²⁴ É tudo aquilo que ainda não foi tematizado de modo a poder ser desdobrado em procedimentos de análise e reflexão; aquilo que ainda não foi expresso em linguagem proposicional, que afirma o compreendido e o refletido (BICUDO, 2000, p. 39).

que Husserl denominou de intencionalidade. Deste modo, a fenomenologia está fortemente interessada no mundo significativo do ser humano. Porém, van Manen (1990) chama a atenção para o fato de que a consciência não pode ser descrita diretamente, já que, a seu ver, tal descrição reduziria a ciência humana ao estudo da consciência ou das idéias, conduzindo-a, deste modo, à falácia do idealismo. Por outro lado, e de modo similar, “o próprio mundo (o mundo em si), sem referência a uma pessoa ou a uma consciência que o experiencie, não pode tampouco ser descrito diretamente” (p. 9), o que culminaria com a falácia do idealismo.

5.1.3 A pesquisa fenomenológica é o estudo das essências

Neste particular, van Manen (1990), sustentado nas idéias de Husserl e Merleau-Ponty, alega que a fenomenologia busca na própria natureza de um fenômeno aquilo que o torna *a ser o que ele é*. Para ele, a essência de um fenômeno “é algo ou um elemento universal, que pode ser descrito através de um estudo da estrutura que comanda as instâncias ou as manifestações particulares da essência daquele fenômeno” (p. 10). As essências ajudam a identificar de que modo uma experiência se diferencia de outra. A fenomenologia é a tentativa sistemática de desvelar e descrever as estruturas internas de significado do mundo da vida ou das experiências vividas. Na perspectiva fenomenológica, não se está interessado na condição factual de instâncias particulares, se alguma coisa aconteceu, com que frequência esta coisa tende a acontecer, ou, ainda, como determinada ocorrência está relacionada com a prevalência de outras condições (relação causal), mas sim em questionar sobre a natureza ou a essência dos fenômenos da experiência vivida pelo ser.

5.1.4 A pesquisa fenomenológica é a descrição dos significados experienciais do modo como os vivemos

De acordo com van Manen (1990, p. 11), “a ciência humana fenomenológica procura descrever os significados experienciais por nós vividos e na forma como os vivemos”. Buscando o que faz sentido para o sujeito significativo, tenta descrever e interpretar com profundidade e riqueza de detalhes significados existenciais conforme os vivenciamos na nossa cotidianidade. Neste particular, alega que ela difere de outras

ciências sociais ou humanas que não estão preocupadas em focalizar significados existenciais, mas sim em estabelecer relações estatísticas entre uma série de variáveis, por exemplo. Cita também a Etnografia, a História, a Sociologia, entre outras, como exemplos de disciplinas que se diferenciam da abordagem fenomenológica, tendo como foco de análise o significado.

5.1.5 A pesquisa fenomenológica é o estudo científico do fenômeno humano

Num sentido amplo, a fenomenologia alega ser científica, de acordo com van Manen (1990), pela sua característica de *estudo sistemático, explícito, autocrítico e intersubjetivo*, tendo como foco de luz o estudo do mundo da vida e das experiências vividas ou existenciais do ser humano. É sistemática por utilizar modalidades específicas de questionamento, de reflexão e de intuição. Tendo como meta a compreensão do fenômeno a ser estudado, a investigação fundada na fenomenologia é explícita na medida em que busca articular, através do conteúdo e das formas do texto, as unidades de significados existenciais, ou seja, as que emergem da vida total do sujeito e do seu mundo. Descreve o visto, o sentido, a experiência como vivida pelo sujeito. O caráter autocrítico da fenomenologia é identificado por van Manen por considerar que a mesma busca examinar, continuamente, suas próprias metas e métodos na tentativa de identificar as forças e deficiências de sua abordagem. Por último, a fenomenologia é considerada como intersubjetiva na medida em que o pesquisador de ciência humana necessita do outro, a fim de desenvolver uma relação dialógica com o fenômeno e, assim, validá-lo conforme descrito.

5.1.6 A pesquisa fenomenológica é a prática atenta de cuidado

Ponderação se constitui numa palavra-chave para caracterizar a fenomenologia, sendo citada por van Manen (1990) e descrita por grandes fenomenólogos como uma sintonização com o cuidado, um desejar saber interessado voltado para o projeto de vida, para o significado da existência, para o sentido que o mundo faz para o sujeito.

5.1.7 A pesquisa fenomenológica é uma busca daquilo que é significativo para o ser humano

A investigação fenomenológica tem como preocupação explorar o significado de ser humano em seu contexto de mundo da vida. Ao pesquisar as unidades de significado das experiências vividas, apreende de modo mais pleno o sentido de estar no mundo nas diferentes contingências do vivido, levando em conta os aspectos socioculturais que dão significado ao modo de ser e estar no mundo (VAN MANEN, 1990). A pesquisa fenomenológica é uma busca daquilo que é plenamente vivido e tem como última meta a realização de nossa natureza humana, tornando mais plenamente o que somos.

5.1.8 A pesquisa fenomenológica é uma atividade poetizadora

A fenomenologia é um projeto poético; ela descreve a experiência através de uma forma evocativa e original (VAN MANEN, 1990). Na investigação de natureza fenomenológica, os resultados obtidos não podem ser separados dos significados pelos quais são obtidos, sob pena de se perder toda a realidade que os comporta. Para melhor elucidar esta afirmativa, van Manen (1990) estabelece uma analogia entre a fenomenologia e a poesia, o projeto de poetizar, mostrando que ambos se assemelham na medida em que poetizar é pensar sobre a experiência original e, assim sendo, uma forma de falar num sentido mais primário. Assim como na poesia, é inapropriado pedir uma conclusão ou um resumo de um estudo fenomenológico. Resumir um poema, a fim de apresentar o resultado, iria destruir este resultado, porque o poema é em si o resultado. O poema é a coisa, assim, é a fenomenologia, de modo que não difere de um projeto de poetizar. A fenomenologia nesta condição, segundo van Manen, tenta, ao contar, ao relatar, encantar. Como no dizer de Merleau-Ponty, segundo van Manen, (1990, p. 13) “é um falar que evoca, é um relatar de sentimentos primários pelo qual tentamos envolver a voz num canto original do mundo”. Porém, adverte van Manen (1990), poetizar não é simplesmente um fazer versos; é, assim, uma forma de falar num sentido mais primário e mais original.

5.2 A ESTRUTURA METODOLÓGICA DE PESQUISA FENOMENOLÓGICO-HERMENÊUTICA PROPOSTA POR VAN MANEN.

Como proposta de uma estrutura metodológica elementar para o desenvolvimento de pesquisa em ciência humana, van Manen (1990, p. 30-34) descreveu a pesquisa fenomenológico-hermenêutica como sendo um inter-relacionamento dinâmico entre seis temas metodológicos procedimentais, a saber: a) voltar-se para um fenômeno que nos interesse seriamente e que nos comprometa com o mundo (retornar à natureza da experiência vivida); b) investigar a experiência na forma como a vivenciamos e não como a contextualizamos e/ou conceitualizamos (investigação existencial); c) refletir sobre os temas existenciais que caracterizam os fenômenos (reflexão fenomenológica); d) descrever o fenômeno através da arte de escrever e reescrever (reescrever fenomenológico); e) manter uma relação forte e orientada para com o fenômeno; e, por último; e f) equilibrar o contexto de pesquisa e fazê-lo considerando as partes e o todo. Tais temas subsidiaram a trajetória metodológica do presente estudo, que será descrita no capítulo a seguir.

CAPÍTULO 6

VOLTANDO-ME PARA A NATUREZA DA EXPERIÊNCIA VIVIDA: DESCREVENDO O ITINERÁRIO DA PESQUISA PASSO-A-PASSO.

*A fenomenologia só é acessível a um método fenomenológico
[MERLEAU-PONTY, 1999, p. 2].*

Neste capítulo, apresento a trajetória percorrida para a realização do presente estudo de acordo com o método fenomenológico-hermenêutico de van Manen, subdividido em sete itens, a saber:

- 6.1 voltando-me para a experiência vivida onde é feita a apresentação da seleção do fenômeno estudado, da perspectiva do estudo, do contexto onde foi realizado e dos sujeitos significativos;
- 6.2 investigando a experiência vivida onde é feita a descrição da entrada no contexto do estudo e a obtenção das descrições experienciais;
- 6.3 descrevendo o processo da análise fenomenológico-hermenêutica da experiência vivida;
- 6.4 desenvolvendo uma escrita fenomenológico-hermenêutica;
- 6.5 mantendo uma relação forte e orientada para o fenômeno;
- 6.6 equilibrando o contexto do estudo, levando em conta as partes e o todo;
- 6.7 descrevendo os componentes éticos do estudo.

6.1 VOLTANDO-ME PARA A EXPERIÊNCIA VIVIDA

6.1.1 Selecionando o fenômeno de interesse

O ponto de partida para o desenvolvimento do presente estudo, ou seja, o primeiro passo, constituiu-se na seleção do fenômeno a ser estudado. Foi nesse momento inicial que, voltando-me para a natureza da experiência vivida, por meio da intuição fenomênica, identifiquei o fenômeno de interesse a ser investigado. De acordo

com o preconizado por van Manen (1990), ele deve emergir de um questionamento e de um interesse profundo e particular do investigador, devendo o mesmo dedicar-se a uma busca que possa restaurar o sentido original do que significa ser um pensador, um teórico, um pesquisador.

A pesquisa fenomenológica, segundo este autor, é sempre um projeto encarnado, “um projeto de alguém, de uma pessoa real, que no contexto de circunstâncias da vida individual, social e histórica, busca o sentido de um certo aspecto da existência humana” (VAN MANEN, 1990, p. 31). Este modo de investigar deve estar enraizado no mundo vivido do pesquisador, do mesmo modo como sugerem os textos merleau-pontyanos que, ao investigarem a expressividade de nossos comportamentos simbólicos, recorrem com frequência ao exemplo das obras de arte, onde o artista ao realizar sua obra não parte do nada; é do seu mundo vivido que ele vai extrair o tema de sua obra, trazendo consigo reflexões de sua existência total, onde a expressão é sempre uma operação criadora e o expresso é sempre inseparável de um processo de criação.

Foi deste modo que selecionei o fenômeno investigado no presente estudo, que teve como foco a busca da compreensão do significado da privação do ato de amamentar para o ser-mulher/mãe HIV positiva a partir da descrição fenomenológica da expressividade corporal dessas mulheres/mães. E de onde surgiu o interesse por este tema? Por que investigar o ser-mulher/mãe HIV positiva e amamentação, se as mesmas estão cerceadas na sua liberdade de escolha para amamentar? Por que o interesse em desvelar o significado desta vivência para o universo dessas mulheres?

Conforme já explicitiei anteriormente, o mesmo emergiu não só de inquietações e pré-reflexões advindas da minha experiência particularmente vivida como enfermeira e ser vivente no mundo, face ao cuidado prestado diariamente a mulheres e bebês na prática da amamentação ao longo de 26 anos em uma maternidade, mas sobretudo de um desejo profundo em compreender o significado da privação do ato de amamentar para o ser-mulher/mãe HIV positiva a partir da descrição fenomenológica da expressividade corporal dessas mulheres/mães no âmbito do corpo próprio, do mundo da percepção e do mundo simbólico.

Ao trazer o ser-mulher/mãe para a cena do palco, busco dar-lhe voz na intenção de instituir uma fala falante ou seja, uma fala em que tanto minha intenção significativa quanto a intenção significativa de suas falas encontram-se para mim em estado nascente e, por conseguinte, ainda não formuladas (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 266). O mundo da percepção que me cerca e os pensamentos prontos de que disponho não contêm a novidade que procuro, mesmo após uma longa trajetória existencial caminhando de mãos dadas com o ser-mulher e o aleitamento materno, uma vez que meu olhar esteve obstinada e deliberadamente voltado para ações de promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno, com vistas a ajudar as mulheres a obterem sucesso nessa prática, contribuindo para, talvez inconscientemente, excluir, ou não dar a devida atenção àquelas situações que impediam a mulher de vivenciar o processo da amamentação.

Foi quando me dei conta da existência desta parcela significativa de mulheres/mães que, por serem HIV positivas, estavam cerceadas da liberdade de escolha em amamentar seus filhos, levando-me a importantes e intrigantes pré-reflexões. A primeira tomada de consciência sobre a relevância do tema selecionado para ser estudado, foi posteriormente reforçada com a constatação da quase inexistência de estudos abordando esta problemática na perspectiva da existência do ser-mulher/mãe. Trata-se de uma proposta de pesquisa qualitativa, não objetivista, e, portanto, sem a preocupação com generalizações, princípios e leis, que parte em busca da compreensão a partir do ser-mulher/mãe que vivencia a problemática, e não da explicação ou comprovação do fenômeno estudado. Neste tipo de estudo, vale ressaltar, o pesquisador é parte fundamental do mesmo, devendo experienciar o espaço e o tempo vividos pelos sujeitos significativos (os investigados) e compartilhar de suas experiências e vivências para poder reconstituir, de modo adequado, o sentido que os mesmos dão a elas.

6.1.2 Selecionando a perspectiva de estudo do fenômeno: algumas pontuações

Depois de definido o fenômeno de interesse a ser investigado a partir da natureza da experiência vivida, seguiu-se o segundo momento do processo de

investigação. Agora era preciso responder às seguintes questões: qual a perspectiva a ser focalizada? O que me interessa conhecer sobre este fenômeno? Qual o melhor caminho para apreendê-lo ou desvelá-lo? Com base nestes questionamentos, iniciei um processo de reflexão no sentido de identificar a perspectiva a ser adotada para melhor conduzir o estudo. Em face destes questionamentos, uma certeza eu já tinha de antemão: de que os recortes e replicações, largamente utilizados nas abordagens quantitativas, não se mostravam adequados para o tipo de estudo que pretendia desenvolver.

Assim, diante da questão norteadora identificada como foco de interesse do estudo, da natureza da investigação, da minha vivência pessoal como ser-mulher e ser-mãe, da minha experiência profissional, tanto docente quanto assistencial, e dos conhecimentos teórico-clínicos acumulados na área da amamentação, optei pela perspectiva fenomenológica, por considerá-la uma das mais congruentes com as minhas crenças, minha visão de ser humano e de mundo e, sobretudo, com a minha busca, conforme já explicitiei anteriormente.

Em tal perspectiva, procuro afastar-me do modelo positivista da ciência natural amplamente utilizado nas ciências da saúde, ou seja, daquele modelo reducionista que estuda os objetos da natureza, as coisas, os eventos naturais e o modo como os objetos se comportam. Em grandes linhas, nesta ciência o método preferido tem sido a observação isolada, a experiência controlada e a quantificação matemática, adotando, deste modo, procedimentos de experimentação e de análise quantitativa (VAN MANEN, 1990).

Já no presente estudo, tento me aproximar de um modelo holístico, que, em contraste com o primeiro, estuda os seres humanos que têm uma consciência e que agem com um propósito no mundo, e o fazem criando objetos de significação que são modalidades de expressão do seu modo de existir no mundo. Esta perspectiva envolve descrição, interpretação e análise crítica.

Enquanto a ciência natural tende a taxomizar fenômenos naturais, explicar de maneira causal o comportamento das coisas e os significados são tratados como fatos, este modelo, em contraste, sustenta que os significados são contextualmente construídos como fenômenos intersubjetivos e, deste modo, têm como meta

compreender o significado dos fenômenos humanos e também as estruturas vividas de significado. Tal perspectiva, do ponto de vista metodológico, se constitui numa dentre as várias vertentes de pesquisa qualitativa.

Em minhas leituras sobre o tema, observei que esta modalidade de pesquisa, a qualitativa, ao longo dos tempos e em distintos espaços tem assumido diferentes significados, mas é possível identificar algumas de suas características básicas que têm sido descritas por inúmeros autores, tais como: Moreira (2002), Turato (2003), Lüdke; André (1986), entre outros. Sem a pretensão de esgotá-las, apresento algumas dessas características:

- a busca da compreensão de significados atribuídos pelas pessoas às coisas e à sua própria existência, ao invés de quantificações;
- o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o investigador como seu principal instrumento;
- a flexibilidade no processo de condução da investigação: por trabalhar com situações complexas, não permite *a priori* o delineamento dos caminhos a serem percorridos ou, em outras palavras, o caminho que se faz ao caminhar;
- uma preocupação maior com o processo, mais do que com o produto;
- o reconhecimento de todos os ambientes e todas as pessoas indistintamente como dignos de estudo;
- a adoção de um enfoque humanístico;
- a análise dos dados apresenta uma tendência a seguir um processo indutivo;
- o investigador não está preocupado em buscar evidências que comprovem hipóteses definidas antes do início do estudo;
- busca compreender o contexto e as pessoas a partir de uma perspectiva holística; as pessoas, os contextos e os grupos não são redutíveis a variáveis ou relações de causa e efeito;
- o investigador qualitativo dá ênfase à validade de sua investigação;
- o investigador qualitativo suspende as suas próprias crenças, perspectivas e predisposições;
- o investigador trata de compreender as pessoas dentro do marco de referência delas próprias.

Estando assim caracterizada, o termo pesquisa, no interior das abordagens de natureza qualitativa, adquire um novo significado, que passa a ser compreendido como um itinerário circular empreendido pelo pesquisador ao redor daquilo que pretende compreender, dirigindo seu olhar ao que é inerente à qualidade e, sobretudo, aos elementos constituintes que lhes sejam significativos. Tal compreensão, por vez, não está circunscrita de modo estrito ao racional, mas é considerada como uma capacidade intrínseca ao ser humano, que está inserido num contexto que constrói e do qual, simultaneamente, é considerado parte ativa.

6.1.3 Selecionando o contexto da pesquisa

Tendo selecionado o fenômeno de interesse e a perspectiva do estudo, o próximo passo foi escolher o contexto no qual o mesmo seria realizado. Para isto, fez-se necessário explorar previamente alguns aspectos relacionados à assistência prestada a gestantes e puérperas com HIV/AIDS no município de Florianópolis, SC, com vistas a identificar o(s) contexto(s) que reunisse(m) as melhores condições para a realização do estudo. Neste sentido, busquei informações junto às Gerências de DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, SC, sobre os serviços existentes no município de Florianópolis, SC, e a demanda de atendimento desses serviços.

Com base nas informações obtidas, pude identificar os locais com maior concentração de gestantes/puérperas HIV positivas e, a partir daí, selecionar dois contextos que me pareciam ideais para esta finalidade, tendo em vista tratarem-se de serviços de referência ao atendimento a esta população específica: uma maternidade pública estadual e um centro de saúde municipal, os quais designei com os codinomes de Maternidade “Alfa” e Centro de Saúde “Delta”. Portanto, inicialmente eu havia planejado realizar o estudo na maternidade e no serviço supramencionados, e, embora eu tenha recebido parecer favorável do Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis, SC, e todo o apoio necessário através de ofício para ele enviado com esta finalidade e também da chefia e equipe de profissionais que lá atuam, após contatos mantidos *in loco* e tendo iniciado as entrevistas na maternidade, percebi que o

contexto mais indicado para obter as descrições experienciais do ser-mulher/mãe HIV positiva face à privação do ato de amamentar não era durante o período da gestação, mas sim logo após o parto, por sua relevância em relação ao estudado, já que é neste período que a mulher se depara concretamente com o fenômeno puerperal progressivo, ou seja, a lactação. Em função disso, e considerando que as internações de gestantes HIV positivas na maternidade previamente selecionada se dava de modo espaçado e muito irregular, optei por substituir o centro de saúde por mais uma maternidade como cenário do estudo, cuja opção recaiu sobre outra maternidade pública de grande porte, localizada no município de São José, vizinho ao município de Florianópolis, a qual identifiquei sob o codinome de “Maternidade Beta”.

Deste modo, o estudo foi realizado nas duas maternidades públicas mencionadas, que são integrantes da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, localizadas na Grande Florianópolis, SC. A primeira, designada de Maternidade “Alfa”, está situada na parte insular do município de Florianópolis, SC, e é reconhecida pelo Ministério da Saúde, desde 1993, como Centro de Referência Estadual em Saúde da Mulher. Trata-se de uma maternidade-escola com o título de Hospital Amigo da Criança desde 1996. Ela é responsável por 50% dos atendimentos obstétricos do referido município, sendo também referência terciária para esta especialidade. E a segunda, identificada neste estudo de Maternidade “Beta”, está localizada no município de São José, como parte integrante de um importante Hospital Regional do Estado de Santa Catarina.

Assim sendo, o motivo principal que me levou a selecionar estes contextos foi, fundamentalmente, por considerá-los mais significativos para alcançar os objetivos do estudo. Somando-se a este, não poderia deixar de ressaltar que a opção pela Maternidade “Alfa” se deu também por outros motivos, entre os quais, destaco: primeiro, pelo fato de ser o local onde desenvolvi minhas atividades assistenciais como enfermeira de campo durante 26 anos e, portanto, já ter conhecimento da estrutura organizacional e de toda a equipe de saúde que lá atua, bem como da filosofia, normas e rotinas, o que, acredito, foram elementos facilitadores ao acesso e ao trânsito na Instituição; e, segundo, pelo fato de se constituir, este, o local onde tenho oportunidade de interagir com as mulheres nutrízes ou não, através do cuidado

que continuo prestando às mesmas, enquanto desenvolvo atividades docentes com alunos dos Cursos de Graduação em Enfermagem e de Pós-Graduação (Especialização em Enfermagem Obstétrica) da Universidade Federal de Santa Catarina. Deste modo, ambos contribuíram para dispensar a pesquisadora da etapa de ambientação ao campo.

Quanto à escolha da segunda maternidade, deveu-se, por um lado, pelo fato de lá se concentrarem gestantes do município de São José, SC, que é um dos sete municípios catarinenses listados no *ranking* das cem cidades brasileiras com maior número de casos da doença no Brasil, que são: Florianópolis, Itajaí, Joinville, Blumenau, Criciúma, São José e Balneário Camboriú, e maior prevalência em número de mulheres HIV positivas do Estado de Santa Catarina; e, por outro, por ser uma unidade que conheço desde sua implantação e com a qual mantenho um ótimo relacionamento, o que facilitou minha aproximação, acesso, ambientação e o apoio da direção e equipe.

6.1.4 Selecionando os sujeitos significativos²⁵ da pesquisa

Os sujeitos significativos deste estudo foram constituídos de 24 mulheres/mães vivenciando a situação de estarem privadas do ato de amamentar por serem HIV positivas. Todas foram abordadas no período de puerpério²⁶, durante suas permanências nas unidades de alojamento conjunto das duas maternidades (entre 24 a 72 horas após o parto), inseridas nos seus contextos social, ambiental e pessoal, independente da escolaridade, faixa etária, condição socioeconômica, número de filhos, origem étnica e religião. A escolha foi baseada no vínculo estabelecido entre a pesquisadora e a mulher/mãe de forma aberta, amiga e empática, e a participação no estudo se deu de forma espontânea, através da formulação de convite a cada participante pela pesquisadora. A todas as mulheres/mães que compuseram o universo da pesquisa, foram explicados os objetivos da investigação, prestados esclarecimentos

²⁵ Trata-se do “eu” enquanto ser pensante e atuante, na posição de participante como objeto de qualquer estudo envolvendo seres humanos, e que neste estudo é o ser-mulher/mãe HIV positiva que está vivenciando a privação do ato de amamentar. (TURATO, 2003).

²⁶ Puerpério (puer = criança, parere = parir), sobre parto ou pós-parto, é o período cronologicamente variável de duração imprecisa que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinadas pela gestação no organismo materno retornam às condições normais (SANTOS, 2002).

sobre a coleta de dados e ressaltada a importância da participação das mesmas como contribuição para a construção do conhecimento da Enfermagem, bem como para a formulação de políticas e estratégias que visem à melhoria da qualidade da assistência ao ser-mulher/mãe HIV positiva face à privação do ato de amamentar seus filhos.

Constituíram-se critérios de exclusão, as mulheres que expressaram o desejo de não participar do estudo e as mulheres cujas gestações resultaram em feto natimorto e/ou não tinham condições clínicas (físicas, mentais ou emocionais) adequadas para serem abordadas. Vale ressaltar que todas as mulheres consultadas aceitaram participar de forma voluntária do estudo. Em relação ao tamanho da amostra, o número de sujeitos significativos não foi previamente determinado pela pesquisadora, uma vez que esta modalidade de estudo não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade, mas é resultante de uma modalidade de construção de amostra aplicável a estudos de natureza qualitativa, ou seja, a amostragem por saturação. Neste tipo de método de amostragem, de acordo com Turato (2003), Streubert; Carpenter (1995), o pesquisador afere que pode encerrar o grupo (ou a coleta de dados) no momento em que, após as informações coletadas com um determinado número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo. Neste particular, Minayo (1999) também chama a atenção para o fato de que na pesquisa qualitativa deve-se assegurar um número suficiente de sujeitos participantes, de modo a permitir a identificação de uma certa repetição de informações. Foi dessa forma que procedi, encerrando a etapa de coleta das descrições experienciais no momento em que comecei a identificar repetições na fala dos sujeitos significativos, apontando-me sinais de desvelamento do fenômeno.

6.2 INVESTIGANDO A EXPERIÊNCIA VIVIDA

“O mundo da vida, ou o mundo real, o mundo da experiência vivida é tanto a fonte como o objeto da pesquisa fenomenológica” (VAN MANEN, 1990, p. 53). Para este autor, Merleau-Ponty mostrou que se voltar para o fenômeno da experiência vivida significa “reaprender a olhar para o mundo”, pelo redespertar da experiência primordial do mundo. Retomando as palavras do próprio Merleau-Ponty:

ao mesmo tempo é verdade que o mundo é o que vemos e que, contudo, precisamos aprender a vê-lo. No sentido de que, em primeiro lugar é mister nos igualarmos, pelo saber, a essa visão, tomar posse dela, dizer o que é nós e o que é ver, fazer pois, como se nada soubéssemos, como se a esse respeito tivéssemos que reaprender tudo (MERLEAU-PONTY, 2003, p. 16).

Este se voltar para alguma preocupação ou interesse particular implica no engajamento ativo da pesquisadora no sentido de explorar a categoria da experiência vivida em suas múltiplas dimensões.

6.2.1 Entrando no contexto do estudo

A minha entrada no contexto do estudo na condição de pesquisadora para dar início às atividades de campo propriamente ditas, ou seja, observação próxima e obtenção das descrições experienciais, foi precedida por um período preparatório envolvendo a minha aproximação, ambientação e exploração inicial junto às instituições previamente selecionadas para a realização do estudo. Esse período preliminar, que durou aproximadamente 20 dias, foi necessário para que, em primeiro lugar, eu pudesse viabilizar vários contatos iniciais com os responsáveis pelos serviços, a saber: Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis, SC, diretores gerais/gerentes de Enfermagem das Unidades (Maternidade “Alfa”, Centro de Saúde “Delta” e, posteriormente, Maternidade “Beta”), chefes de Serviços do Ambulatório e Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade “Alfa”, Serviço de Ambulatório de DST/AIDS do Centro de Saúde “Delta” e chefe da Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade “Beta”; com os profissionais envolvidos com a assistência prestada à clientela específica, ou seja, enfermeiras, médicos obstetras, médicos infectologistas, equipe de Enfermagem, assistente social, médico pediatra, entre outros, e também com a coordenadora e alguns membros do Comitê de Ética em Pesquisa em funcionamento, devidamente aprovado e credenciado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CONEPE) de acordo com a legislação específica, numa das instituições selecionadas para a realização do estudo, cuja existência já era do meu conhecimento, uma vez que sua implantação havia sido uma das prioridades de minha gestão enquanto Diretora Geral na referida Instituição. Foi nesse período, portanto, que fiz as primeiras aproximações com os gestores e profissionais com os quais manteria contato durante todo o processo

de investigação. Nesse mesmo período obtive as informações necessárias para dar encaminhamento aos documentos oficiais exigidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução nº 196 (BRASIL/MS/CNS, 2002a e 2002b) conforme detalhado mais adiante quando da abordagem dos componentes éticos do estudo.

Inicialmente, visitei a Maternidade “Alfa”, onde fiz os primeiros contatos com as enfermeiras, demais membros da equipe de Enfermagem, médicos residentes e demais profissionais dos setores de Alojamento Conjunto e Ambulatório, com o objetivo de comunicar-lhes, em linhas gerais, sobre a realização do estudo, seus propósitos, a questão norteadora, a população-alvo, a metodologia a ser empregada, ressaltando as estratégias para a coleta dos discursos, entre outros, dando-lhes uma noção do que seria o estudo, a fim de facilitar a compreensão do que se referia o mesmo e a colaboração que se fazia necessária para a consecução dos objetivos a que se propunha. Na oportunidade também já explorava alguns dados referentes à população-alvo de interesse para o estudo, tais como: número de gestantes HIV positivas cadastradas no Ambulatório e internadas no Alojamento Conjunto, dia de atendimento, rotinas adotadas pelo serviço em relação à assistência prestada às mesmas, data provável do parto, entre outros.

No que diz respeito ao conhecimento da estrutura organizacional da Maternidade “Alfa”, ou seja, organograma, missão, negócio, objetivos, filosofia, regimento interno, normas e rotinas, fluxograma, recursos humanos existentes, entre outros, já era do meu conhecimento, uma vez que se tratava de uma Instituição em que eu havia desenvolvido minhas atividades gerenciais, docentes e assistenciais como enfermeira de campo por um período de aproximadamente 26 anos, conforme já relatei anteriormente, dispensando a minha ambientação nesta unidade. Neste particular, entretanto, apenas tive de ter o especial cuidado de deixar claro para todos o real propósito da minha presença na Instituição, a fim de não ser confundida e posteriormente seduzida para desviar-me do papel de investigadora.

Em relação ao Serviço Ambulatorial de DST/AIDS do Centro de Saúde “Delta”, inicialmente selecionado como um dos locais para a realização do estudo, embora posteriormente não tenha sido utilizado com esta finalidade, conforme explicitarei anteriormente, também exigiu uma fase de empreendimento preparatório.

Em primeiro lugar, fiz uma primeira aproximação mantendo contato com o Diretor da Unidade, na tentativa de obter informações de como deveria proceder para obter autorização para realizar o estudo na referida unidade, a qual só conhecia como convidada para proferir palestras a gestantes que se preparavam no período pré-natal. Na ocasião, fui informada de que deveria encaminhar um ofício para o Secretário da Saúde do Município de Florianópolis, solicitando autorização para a realização do estudo. Diante do exposto, imediatamente encaminhei o ofício ao Secretário, sendo que obtive pronta e rapidamente a devida autorização. Antes de iniciar a coleta das descrições experienciais, entretanto, visitei o serviço para fazer as primeiras aproximações com a equipe de saúde e o pessoal de modo geral, ambientação e exploração inicial. No que se refere ao primeiro, mantive contato agendado formalmente com uma das médicas obstetras que atende as gestantes HIV positivas e também com a enfermeira responsável pelo serviço, para, além de prestar informações gerais sobre o estudo, também conhecer melhor a estrutura físico-organizacional do serviço, normas e rotinas técnico-administrativas relacionadas ao atendimento dessa população específica. Ambas as profissionais foram altamente receptivas e prestativas, dando-me toda a atenção que requeria o assunto. Além de uma conversa informal abordando vários aspectos da assintência à gestante/puérpera HIV positiva, a enfermeira me auxiliou na exploração prévia de dados constantes nos prontuários das gestantes.

Estes contatos preliminares, acrescidos das informações obtidas através da exploração inicial do campo, foram fundamentais para o desenvolvimento do estudo, pois apontaram para a necessidade de rever, em tempo hábil, a seleção deste contexto para o estudo, substituindo-o por outro, que considere mais adequado. Mesmo assim, vale destacar que a aproximação e exploração inicial por mim empreendida junto aos profissionais deste serviço foram extremamente relevantes em todo o processo de investigação, uma vez que os sujeitos significativos com frequência se referiam ao serviço e aos profissionais que lá atuam, contribuindo, deste modo, para a melhor compreensão e apreensão do vivido na sua cotidianidade por parte da pesquisadora.

No que se refere à Maternidade “Beta”, os contatos preliminares foram estabelecidos formalmente através de ofício encaminhado à Direção Geral, tendo

como anexo o parecer consubstanciado emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade “Alfa”. Enquanto aguardava o parecer, realizei atividades de aproximação com a enfermeira-chefe e equipe interdisciplinar da Unidade de Alojamento Conjunto, ambientação local e exploração inicial. Aproximadamente no período de uma semana, também recebi parecer favorável da Direção Geral desta Instituição. Importante ressaltar que, embora tivesse começado o processo de aproximação, ambientação e exploração inicial dos contextos selecionados para o desenvolvimento do estudo, o que realizei durante o período em que aguardava o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, só dei início ao processo sistemático das atividades de coleta de dados e observação próxima após a aprovação do mesmo, com o respectivo parecer consubstanciado emitido favoravelmente pelo referido Comitê existente na Maternidade “Alfa”. O parecer foi emitido em curto espaço de tempo, ou seja, em aproximadamente 15 dias, sem nenhuma restrição ou pendência de natureza ética ou teórico-metodológica, o que facilitou o início das atividades e também agilizou o acesso às outras instituições envolvidas. Estava, deste modo, garantido o meu acesso ao contexto selecionado para o desenvolvimento do estudo.

Finalmente havia chegado o grande e tão esperado momento: a entrada oficial no campo e o início do processo sistemático de coleta dos discursos e da observação propriamente ditas. Como o terreno já estava preparado e os contatos preliminares já haviam sido preestabelecidos, a entrada no campo se deu de maneira tranqüila e assegurada de modo formal, de acordo com as normas institucionais internas e respeitadas as exigências legais do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP), conforme Resolução CNS nº 196/96 (BRASIL/MS/CNS, 2002a e 2002b). As equipes de saúde das maternidades e do Centro de Saúde foram mais uma vez informadas sobre os objetivos, as metas do estudo e as estratégias para a coleta dos discursos, bem como do início desta etapa, a fim de facilitar o andamento do processo. No transcurso, observei certo engajamento das equipes envolvidas no sentido de favorecer o alcance dos meus objetivos. Em ambas as maternidades e também no Centro de Saúde houve ótima receptividade e acolhimento por parte da direção e equipe, não só no início mas em todo o processo, o que facilitou sobremaneira o desenvolvimento do estudo. Procurei manter-me em todo o processo atenta, aberta e disponível às equipes, para esclarecer

eventuais dúvidas ou questionamentos relacionados com o estudo, ao mesmo tempo tendo todo o cuidado para não interferir na rotina dos serviços e também não comprometer a assistência prestada.

Algumas vezes fui abordada por alguns servidores da Maternidade “Alfa”, em função do forte vínculo estabelecido com os mesmos anteriormente à realização da pesquisa, envolvendo questões técnico-administrativas, o que considerei compreensível, mas tendo toda a cautela e habilidade para não me deixar envolver em assuntos que não fossem pertinentes ao estudo.

Durante os cinco meses que permaneci no campo, não vivenciei qualquer situação constrangedora ou que pudesse ser considerada como indesejável em relação às minhas atividades enquanto pesquisadora. Como fruto dos desdobramentos decorrentes da relação intersubjetiva estabelecida com os sujeitos significativos do estudo, várias ações, inicialmente não previstas, foram empreendidas pela pesquisadora no sentido de dar resposta às demandas desse universo específico. Ao identificar dilemas de toda ordem, expressos muitas vezes de forma dramática pelas entrevistadas (sujeitos significativos) no terreno do vivido, não me sentia à vontade em deixá-las à mercê da sorte, me limitando às fronteiras do estudo, e muitas vezes tive que intervir no sistema. Neste particular, cito, à guisa de exemplo, a situação vivenciada por algumas mulheres/mães em relação à distribuição de leite pelos centros de saúde para seus filhos. Em determinadas situações, algumas se sentiram desamparadas quando procuraram os serviços para obter o leite prometido pelo governo e encontraram obstáculos no seu recebimento. Nessas situações, elas me procuravam por telefone e eu acionava mecanismos junto ao Sistema de Saúde, contactando inicialmente com o Centro de Saúde responsável e, quando necessário, com as Secretarias Municipais e Estadual de Saúde, tentando ajudá-las a equacionar o problema. Neste particular, percebi que, embora em nosso Estado seja realizado um trabalho exemplar no combate e tratamento à AIDS, em determinados municípios os serviços e profissionais nem sempre estão preparados para atender às necessidades específicas desta população.

6.2.2 Obtendo as descrições experienciais²⁷

O referencial teórico-metodológico adotado neste estudo está assentado na abordagem qualitativa e exigiu de mim, enquanto pesquisadora, a obtenção de descrições experienciais do que fazia sentido para os sujeitos significativos acerca do fenômeno investigado, do modo como era percebido e manifesto pela linguagem e outras modalidades de expressão.

Para isto, permaneci no campo no período de 9 de julho de 2003 a 30 de novembro de 2003, onde, através de observação próxima e entrevistas, obtive as descrições experienciais de 24 sujeitos significativos, ou seja, do ser-mulher/mãe HIV positiva, face à privação do ato de amamentar. Diariamente, durante o período do estudo, ininterruptamente (incluindo sábados, domingos e feriados) eu telefonava pela manhã para as duas maternidades para obter informações sobre a presença de mulheres/mães HIV positivas internadas nas unidades de Alojamento Conjunto. Algumas vezes, a enfermeira-chefe do Serviço de Internação do Alojamento Conjunto e algumas trabalhadoras de enfermagem da Maternidade “Alfa” tomavam a iniciativa e gentilmente telefonavam me informando.

À medida que eu avançava na coleta das descrições experienciais, o expresso apontava para o fenômeno que eu buscava compreender, e a sua compreensão ficou consideravelmente mais nítida à medida que o empreendimento por mim realizado em perscrutá-lo através das análises foi sendo gradativamente realizado. A descrição, portanto, compreendida de acordo com o pensar fenomenológico, foi um procedimento que tinha como finalidade precípua descrever o visto, o sentido, a experiência originária do modo como era vivida e expressa pelo sujeito significativo no mundo da vida, na sua cotidianidade e complexidade, sem julgamentos e avaliações. Neste particular, é importante considerar que, segundo van Manen (1990), uma descrição fenomenológica é sempre uma interpretação, e nenhuma interpretação isolada de experiência humana irá jamais exaurir a possibilidade de que haja ainda uma outra descrição complementar ou mesmo potencialmente mais rica ou mais profunda.

²⁷ Procedimento utilizado para obter dados que deverão ser analisados e interpretados fenomenologicamente, visando à busca da essência e de sua transcendência, colocadas em termos contextuais [...] (BICUDO, 2000).

Para van Manen (1990), este processo envolve as técnicas de observação próxima e de entrevista e exige do pesquisador um olhar atento para as coisas do mundo vivido pelo sujeito significativo em direção à busca do sentido daquilo que a ele se manifesta, evidenciando seu desvelamento ontológico.

A técnica de observação próxima, como o próprio termo já define, requer do pesquisador uma postura de aproximação, sem contudo impedir que o mesmo possa constantemente voltar atrás e refletir acerca do significado da situação. Este método de observação exige que o pesquisador seja simultaneamente participante e observador, devendo manter certa atitude de reflexão, mas ao mesmo tempo tendo o cuidado de evitar que esta atitude possa contribuir para a manipulação e elaboração artificial que ela tende a gerar numa relação ou situação social.

Assim sendo, procurei estabelecer e manter, desde os contatos iniciais com os sujeitos significativos do estudo, uma relação de proximidade, dirigindo meu olhar também para outros modos expressivos, conforme descrevo logo a seguir. Busquei, do mesmo modo, manter simultaneamente uma postura de observadora e participante em todo o processo de investigação, procurando fazer registros, o mais completos possíveis, referentes tanto ao sujeito significativo, ao meio ambiente, como também aos comportamentos, sentimentos e ações da pesquisadora.

Tanto as observações quanto as reflexões foram registradas sob a forma de notas de campo, adaptadas de Bogdan e Biklen (1982) em um caderno específico para esta finalidade, cujas páginas foram subdivididas em três partes: uma à margem esquerda, reservada para o registro das notas de observação (NO); outra ao centro, para as notas metodológicas (NM); e, por último, uma outra à margem direita para o registro das notas teóricas (NT).

As notas de observação incluíram toda a parte descritiva da observação, e esta parte, por sua vez, compreendeu o registro em detalhes das ocorrências no campo, a saber: (a) descrição dos sujeitos significativos do estudo (dados de identificação, características psicofísicas, seu modo de vestir, de falar e de agir, a fisionomia dos gestos corporais e dos olhares, a postura corporal, as circunstâncias espaço-temporais em que cada sujeito entra no discurso, o modo que ele vivencia os momentos, a interposição de momentos de silêncio, a fala embargada, os vacilos no pronunciamento

das palavras, as colocações com inibição e desinibição, a manifestação de lapsos e as dificuldades de fala, os momentos de choro, sorriso, sorriso nervoso e riso, as alterações afetivas no timbre da voz, a comunicação não-verbal, as gesticulações, a mímica facial, entre outros, conforme sugerem Detoni e Paulo) (2000, p. 148); Turato (2003, p. 319); (b) descrição dos locais onde foi realizada a observação; (c) descrição de eventos especiais (incluindo o que ocorreu, a(s) pessoa(s) envolvida(s) e de que modo se deu esse envolvimento); descrição das atividades (atividades gerais e os comportamentos das pessoas observadas, incluindo a sequência com que ocorrem); e (d) os comportamentos da pesquisadora (registrando suas atitudes, ações e conversas com os sujeitos significativos do estudo).

As notas metodológicas, que são os registros que envolvem os procedimentos e estratégias metodológicas adotados, as decisões acerca do *design* da pesquisa, as dificuldades e problemas encontrados na obtenção das descrições experienciais, bem como as formas encontradas para solucioná-los.

E, por último, as notas teóricas que estão relacionadas à parte reflexiva dos registros e observações pessoais da pesquisadora realizadas durante todo o processo de coleta de dados, incluindo, fundamentalmente: sentimentos (dúvidas, incertezas, tristeza, alegria, encantamento, desencantamento, decepção, admiração, revolta, piedade, solidariedade, entre outros), impressões, percepções, interpretações, sensações, descobertas e compreensão. Nas notas teóricas também foram incluídas: as apreensões derivadas do estudo (os temas, os subtemas, as associações e o relacionamento entre as partes, e novos *insights*); os dilemas éticos e conflitos (decorrentes das relações estabelecidas entre serviços, profissionais, pesquisadora e sujeito significativo do estudo).

No que se refere à técnica de entrevista, van Manen (1990) diz que na fenomenologia hermenêutica há uma tendência em tornar os entrevistados (sujeitos significativos) participantes ou colaboradores do projeto de investigação, uma vez que o pesquisador toma emprestado as descrições experienciais dos entrevistados e reflete sobre elas. Max van Manen (1984) explica que isto fornece ao pesquisador “uma compreensão do significado mais profundo de um aspecto da experiência humana no contexto da totalidade da experiência humana” (p. 55).

Dentro desta abordagem, segundo este autor, a entrevista pode ser utilizada com determinados fins específicos, a saber: (a) pode ser usada como um meio para explorar e coletar dados com riqueza de detalhes referentes às narrativas existenciais, podendo ser fontes para uma maior e mais profunda compreensão do fenômeno humano; e (b) pode ser um canal para se estabelecer um diálogo com os entrevistados sobre o significado da experiência vivida (VAN MANEN, 1984).

Neste estudo, todas as entrevistas foram realizadas por mim enquanto pesquisadora, de modo bastante flexível e aberto aos diferentes modos de reação e expressão dos sujeitos significativos, a fim de que eu pudesse captar as descrições experienciais, que só foram iniciadas após o consentimento de cada um, e constou de uma pergunta aberta, oferecendo aos entrevistados a oportunidade de discorrer livremente sobre a questão: *o que significa para você não poder amamentar?*

A realização das entrevistas propriamente ditas foi precedida de um contato inicial com o sujeito significativo, quando eu me apresentava, formulava o convite para sua participação e expunha os objetivos do estudo. Diante de sua anuência, eu combinava a melhor data e horário para a realização da entrevista, respeitando sua preferência e também as rotinas da Instituição. Feito isso, eu acessava o prontuário para obter informações sobre dados de identificação, dados obstétricos, tais como referentes à assistência prestada no pré-natal, parto e puerpério imediato, bem como suas condições gerais de saúde. Para salvaguardar a confidencialidade e a privacidade da relação durante as entrevistas, e também evitar interferências externas ao processo, eu me utilizei, para essa finalidade, de recintos reservados, disponíveis e, dentro do possível, adequados existentes nas maternidades (sala de palestra, jardim interno, apartamento desocupado, sala de higiene do recém-nascido, entre outros).

O início das entrevistas deu-se após uma (re)apresentação mútua pesquisadora-sujeito significativo de um modo mais aprofundado, visando ao estabelecimento e à manutenção de um adequado *rapport*²⁸, seguidos da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme detalhado mais adiante quando da abordagem dos componentes éticos do estudo.

²⁸Sentimento consciente de acordo, simpatia, confiança e responsividade mútua entre uma pessoa e outra (CAMPBELL, 1996, p. 607).

As entrevistas individualizadas, acrescidas dos registros referentes às observações realizadas considerados relevantes e/ou necessários para o estudo, foram todas gravadas na íntegra em fita cassete, com o consentimento prévio das entrevistadas, sendo posteriormente transcritas *in verbatim* e impressas também por mim. A possibilidade de gravar as entrevistas foi extremamente útil para a captação imediata e fiel de todas as expressões orais, deixando-me livre para poder interagir e direcionar toda minha atenção à entrevistada. Neste particular, percebi que a maior parte das mulheres/mães entrevistadas manteve-se totalmente à vontade e espontânea durante as entrevistas, sendo poucas as situações em que isto não ocorreu. A grande dificuldade que senti ao adotar esta técnica foi referente à transcrição das fitas para o papel; esta se constituiu numa operação por demais laboriosa, exigindo de mim muito tempo e dedicação.

Posteriormente a esta etapa, procedi à leitura sistemática e sistêmica de todo o conteúdo das descrições experienciais, simultaneamente com a escuta das fitas, com o propósito de identificar e retificar eventuais incorreções de transcrição. Várias leituras foram realizadas para que eu pudesse obter uma visão mais clara e totalizante dos dados no seu conjunto.

É importante ainda salientar que, para a realização das entrevistas, a utilização das habilidades de aconselhamento²⁹ para o manejo da lactação, conforme preconizadas pela UNICEF/UNAIDS e WHO (2000, p. 85), incorporadas e desenvolvidas por mim no exercício profissional, foi extremamente útil para o estabelecimento adequado do *rapport* entre pesquisadora e entrevistadas. Cada entrevista durou em média duas horas, fazendo-me abrir mão do desejo de realizar até duas por dia, conforme havia cogitado antes de experienciar o processo. Logo percebi que isso não seria recomendável, tendo em vista que as entrevistas exigiam, de minha parte, elevado nível de concentração e também certa estrutura emocional face às situações quase sempre dramáticas vivenciadas pelas mulheres/mães. Raras foram as

²⁹ **Habilidades de ouvir e aprender:** use comunicação não-verbal útil, faça perguntas abertas, use respostas e gestos que mostrem interesse, devolva comentários da mãe, dê mostras de empatia – mostre que você entende como ela se sente, evite palavras de julgamento. **Habilidades para desenvolver a confiança e dar apoio:** aceite o que a mãe pensa e sente, reconheça e elogie o que a mãe e o bebê estão fazendo bem, dê ajuda prática, dê uma informação curta e relevante para o momento, use linguagem simples, faça uma ou duas sugestões, não dê ordens.

que não desencadearam o choro durante as entrevistas, exigindo maturidade emocional e habilidade na condução do processo por parte da pesquisadora. Por outro lado, também quero ressaltar que, durante todo o processo, foi preciso várias vezes lançar mão de conhecimentos que circundam o fenômeno estudado, ou seja, aqueles relacionados com a amamentação e a situação específica da mulher/mãe HIV positiva.

Esta se constituiu numa das etapas mais enriquecedoras e gratificantes do estudo. Em cada observação, em cada encontro existencial, em cada nova entrevista, eu percebia a importância da realização do mesmo para o ser-mulher/mãe vivenciando esta situação específica.

Os diálogos estabelecidos entre a pesquisadora e as mulheres/mães entrevistadas se deram de tal modo que ambas foram afetadas uma pela outra, conduzindo a uma transformação mútua. Por meio dos diálogos foi possível uma abertura para elas experienciarem o mundo e a si mesmas de uma forma totalizadora. Todas as descrições contribuíram para revelar aspectos temáticos do fenômeno estudado, porém é verdade que algumas foram mais ricas do que outras. Assim, por meio da mediação da experiência corporal na relação com o outro a partir do campo perceptual caminhei em direção à intersubjetividade, onde o meu mundo e o do outro se interpenetravam formando, como no dizer de Merleau-Ponty (1999), *um só tecido*, buscando, deste modo, as experiências vividas pelo sujeito.

6.3 DESCRIVENDO O PROCESSO DA ANÁLISE FENOMENOLÓGICO-HERMENÊUTICA DA EXPERIÊNCIA VIVIDA

6.3.1 Desenvolvendo a reflexão fenomenológico-hermenêutica

O propósito da reflexão fenomenológica, segundo van Manen (1990, p. 77), “**é tentar capturar o significado essencial de alguma coisa**”. Dito de outro modo, a mesma tem como finalidade o desvelamento do sentido de um fenômeno. Esta é uma tarefa que, de acordo com sua ótica, tanto pode ser considerada fácil quanto difícil. É fácil à medida que desvelar o sentido/significado ou a essência de um fenômeno; é algo que todas as pessoas fazem constantemente no seu viver diário, como bem

sublinhou Husserl, lembra o autor.

Por outro lado, a tarefa de **capturar a estrutura fenomenológica do significado**³⁰ de alguma experiência vivida pode ser também considerada difícil e freqüentemente laboriosa, uma vez que a compreensão da essência de um fenômeno envolve um processo de apropriação e de clarificação que se dá reflexivamente, para tornar explícita a estrutura do significado da experiência vivida. Para isso, faz-se necessário multiplicar os momentos de auscultação, isto é, realizar as reduções sucessivas que, passo a passo, encaminharão da fenomenalidade à significação do fenômeno estudado.

Tal processo é iniciado após a obtenção das descrições experienciais e se dá em dois momentos: um primeiro que consiste em desenvolver a **análise temática**; e um segundo que busca identificar os **temas essenciais**. E o que é um tema? Para van Manen (1990, p. 88), tema “é a forma de capturar o fenômeno que a pessoa está tentando compreender e descreve um aspecto da estrutura da descrição da experiência vivida. Ou ainda, sob a forma de metáfora, são as estrelas que formam o universo de significados no qual vivemos. À luz destes temas, podemos navegar e explorar tais universos” .

Para van Manen (1990), a análise temática consiste no ato de reflexão empreendido pelo pesquisador sobre a experiência vivida e a reflexão fenomenológico-hermenêutica. Em última análise, busca responder à seguinte questão: *o que é que constitui a natureza desta experiência vivida?* Com isto pretende desvelar de um modo reflexivo aquilo que tende a ser obscuro, aquilo que tende a fugir da inteligibilidade da nossa atitude natural, do nosso viver diário, da nossa cotidianidade. Dito de outro modo, ela tenta captar, desvelar o significado essencial de um fenômeno.

Para **identificar estruturas/unidades temáticas ou de significados de um fenômeno**, van Manen (1990, p. 92-93) propõe três modalidades de abordagem, a saber: (a) holística ou sentenciosa, em que o texto é analisado como um todo, e o investigador se questiona: *que frase sentenciosa poderia capturar o significado*

³⁰ Para entender a estrutura do significado do texto, van Manen (1990) sugere pensar sobre o fenômeno descrito no texto como abordável em termos de unidades de **significado, estruturas de significado ou temas**. Tais unidades são extraídas da descrição experiencial ou do texto, que fazem sentido para o investigador com base na interrogação formulada.

fundamental do texto como um todo?; (b) seletiva ou de realce, em que o texto é lido ou escutado várias vezes e o investigador questiona: *que declarações ou frases parecem particularmente essenciais ou reveladoras sobre o fenômeno ou experiência que está sendo descrito?*. Tais afirmações, então, são circuladas, sublinhadas ou realçadas; e, por último; (c) a abordagem detalhada, também chamada de linha a linha, onde o investigador se atém a cada sentença e se questiona: *o que é que esta sentença ou este agrupamento de sentenças ou frases revelam sobre o fenômeno ou a experiência que está sendo descrita?*. Neste estudo adotei todas as abordagens citadas, conforme sugere van Manen (1990).

Assim sendo, esta etapa, neste estudo, constou de dois momentos: um primeiro, em que busquei realizar a análise temática das descrições experienciais acrescidas dos dados de observação; e um segundo, onde procurei identificar as unidades de significado e os temas essenciais do conjunto de dados. Ela foi iniciada somente após obter uma visão completa das descrições dos significados vividos ou experienciais, com vistas a apreender o sentido do todo, o que foi obtido através da leitura e (re)leitura das transcrições.

Para viabilizar o processo de análise, os registros das observações e as descrições obtidas através das entrevistas foram (re)organizados de maneira padronizada, dando origem à configuração geral dos dados. Tanto a análise temática das descrições como a identificação dos temas essenciais foram acompanhadas pela exaustiva e cuidadosa revisão dos dados.

A leitura das descrições foi feita através da abordagem detalhada, ou de linha a linha, do início ao fim, sem a preocupação num primeiro momento de buscar qualquer interpretação ou identificar qualquer atributo, a fim de obter um sentido geral dos discursos. Procedi à leitura atenta às descrições várias vezes, tantas quantas se fizeram necessárias, sem perder de vista a questão norteadora e o referencial teórico-filosófico do estudo. Em seguida, com o olhar atento e conduzido pela interrogação, **determinei como cada linha revelava partes do fenômeno que estava sendo descrito** e, posteriormente, **coloquei em evidência as unidades temáticas (ou de significado) extraídas da descrição sob a forma de frases ou parágrafos – grifados na transcrição da descrição** – que evidenciavam temas ligados ao fenômeno em

estudo. Nessa etapa as descrições foram cuidadosamente tratadas. **As frases e os parágrafos identificados foram (re)escritos com vistas a apreender a essência dos significados.**

Todo o processo de escrever e (re)escrever foi acompanhado pela reflexão fenomenológica. Após identificar as unidades de significado, percorri todas as unidades identificadas e busquei as **convergências dessas unidades**, reunindo-as em subtemas, na tentativa de chegar a uma estrutura do fenômeno. A interpretação foi realizada a partir das unidades temáticas, buscando a compreensão do significado da privação do ato de amamentar para o ser-mulher/mãe HIV positiva, colocando em evidência, por meio da hermenêutica, a essência do dito.

A modalidade reflexiva facilitou a análise dos aspectos da estrutura do fenômeno, tendo como suporte a teoria fenomenológica da expressão de Merleau-Ponty. Este processo permitiu que os temas emergissem ou se desenvolvessem de uma maneira distinta, fornecendo maior compreensão à pesquisadora. A conexão destes temas se fez necessária para se obter discernimento e poder descrever a essência dos significados do fenômeno estudado. Este foi um empreendimento que exigiu da pesquisadora uma forte orientação para o fenômeno estudado, tendo sempre a preocupação de articular as partes e o todo.

Quadro 1 – Exemplo de análise estrutural das descrições experienciais – ser-mulher.

Discurso na linguagem do sujeito significativo	Redução de unidades de significado	Convergência de unidades temáticas
2. EUFROSINA ser-mulher		
<i>2.1 A Eufrosina é uma pessoa que não quer ver o mal de ninguém.</i>	<i>1. Percebendo-se como alguém que não quer ver o mal de ninguém.</i>	2.1, 2.12
<i>2.2 Se eu não puder fazer o bem, mal também eu não faço.</i>	<i>2. Não podendo fazer o bem, mal não faz.</i>	2.2
<i>2.3 Não que eu seja boazinha.</i>	<i>3. Identificando-se como não sendo boazinha.</i>	2.3
<i>2.4 Tem coisas assim que por exemplo, eu não admito que me façam mal porque eu não faço mal pra ninguém.</i>	<i>4. Deixando de aceitar que lhe façam mal porque não faz mal pra ninguém.</i>	2.4, 2.13
<i>2.5 Tanto é que no começo, no dia que eu descobri foi no dia 12 de junho, tá, eu</i>	<i>5. O marido não aceitando o resultado do exame.</i>	2.5

<p><i>cheguei perto do meu marido e disse assim olha, é isso aqui. Aí ele disse, não, não pode ser.</i></p>		
<p><i>2.6 Ah, então tu me traíesses. Não, então tu me traíesses. Começamos... aquela crise.</i></p>	<p>6. Entrando em crise com o marido.</p>	<p>2.6</p>
<p><i>2.7 Aí eu disse olha, nós vamos fazer o seguinte, nós dois vamos procurar um médico.</i></p>	<p>7. Encarando a ajuda profissional.</p>	<p>2.7</p>
<p><i>2.8 Na sexta-feira, no dia treze de junho nós fomos procurar o médico, foi com a Dra. Suzana, aí a gente conversou e tudo.</i></p>	<p>8. Procurando ajuda profissional.</p>	<p>2.8</p>
<p><i>2.9 Parece que saiu um peso de minha cabeça, mas eu olhei pra ele e disse: olha, se acontecer de eu tiver e tu não ter, nosso casamento acabou aqui.</i></p>	<p>9. Sentindo alívio e dilema com o companheiro.</p>	<p>2.9</p>
<p><i>2.10 Ah, mas não é assim, ele disse. Eu falei: eu não quero correr o risco de algum dia acontecer um acidente e eu passar para os teus filhos e ao mesmo tempo passar pra ti.</i></p>	<p>8. Demonstrando preocupação com a transmissão do HIV para os filhos ou o marido.</p>	<p>2.10</p>
<p><i>2.11 Isto porque eu sei que eu não vou prestar nunca mais para o resto de minha vida.</i></p>	<p>9. Avaliando as conseqüências se contaminar os filhos ou o marido.</p>	<p>2.11</p>
<p><i>2.12 Sabe, eu sou o tipo de pessoa, a princípio, eu não quero ver o mal de ninguém.</i></p>	<p>Percebendo-se como alguém que não quer ver o mal de ninguém.</p>	<p>2.12</p>
<p><i>2.13 Não quero. Faço questão de não ver o mal de ninguém.</i></p>	<p>Fazendo questão de não ver o mal de ninguém.</p>	<p>2.13</p>
<p><i>2.14 Mas também não admito que me façam mal.</i></p>	<p>Deixando de aceitar que outros lhe façam mal.</p>	<p>2.14</p>
<p><i>2.15 Olha, eu sou feliz.</i></p>	<p>10. Sentindo-se feliz.</p>	<p>2.15</p>
<p><i>2.16 Quando eu tô infeliz eu ocupo minha cabeça porque eu não paro pra pensar nos meus problemas, sabe, eu bordo, faço tricô e crochê, faço de tudo um pouco para não pensar e como diz a minha mãe, cabeça vazia é oficina do diabo. Principalmente nos últimos dias o que eu bordei e fiz crochê foi uma coisa assim de louco.</i></p>	<p>11. Ocupando a cabeça quando está infeliz para não pensar nos problemas.</p>	<p>2.16</p>
<p><i>2.17 E assim... eu me acho forte. Me acho forte. Mas também não vou sair dizendo pra todo mundo: ei, eu sou o incrível Hook.</i></p>	<p>12. Percebendo-se forte.</p>	<p>2.17</p>
<p><i>2.18 Me acho forte, eu acho que outras pessoas no meu lugar passavam a faca no pescoço. Tive meus momentos de fraqueza, tive.</i></p>	<p>13. Admitindo momentos de fraqueza (vivendo altos e baixos).</p>	<p>2.18</p>

2.19 Já pensei em muita besteira, mas eu pensei, não fiz. Pensei e repensei.	14. Reconhecendo que já pensou em muita besteira, pensou mas não fez, repensou.	2.19
2.20 Ah, eu pensei em me matar no começo, eu pensei em abortar, eu pensei.	15. Admitindo que pensou em se matar e em abortar.	2.20
2.21 Mas aí depois eu comecei a ver que aí eu não estava sendo eu porque eu que estava fazendo mal pra mim.	16. Percebendo estar sendo incoerente consigo fazendo mal pra si mesma.	2.21
2.22 Mal para um ser que não tem culpa e mal para mim mesma.	17. Percebendo que estaria fazendo mal para si e para o neném.	2.22
2.23 Aí eu disse não, tomei uma decisão, não eu não vou fazer.	18. Decidindo não se matar e não abortar.	2.23
2.24 Não sei se isso influi, mas eu fui criada num lar evangélico né, então a princípio a gente sempre aprendeu: amai-vos uns aos outros como eu vos amei, depois assim, fazer o bem, não matarás, não roubarás, então isso sempre fica na cabeça da gente, vai crescendo (percebendo a influência da religião no comportamento). Eu nasci num lar cristão. Então, quer dizer assim, os princípios de Jesus, o amor de Deus, então eu acho que isso sempre trabalha na cabeça da gente, né?	19. Tendo consciência da influência dos princípios religiosos.	2.24
2.25 Não é porque também que a gente não seja católica que não seja assim, eu acho que também tem um fundamento.	20. Aceitando outra religião diferente da católica.	2.25
2.26 Me sinto forte, muito forte.	21. Sentindo que é uma pessoa muito forte.	2.26
2.27 Meu marido esses dias disse pra mim: tu sabias que eu estou muito feliz, né? Aí eu perguntei pra ele por que, e ele me disse: ah, é porque estás reagindo tão diferente.	22. Recebendo apoio do companheiro.	2.27
2.28 Aí eu disse: mas eu sou assim. Eu já enfrentei cada coisa na minha vida. Eu já passei cada pedaço... Eu tenho 23 anos.	23. Identificando experiências pesadas em sua vida.	2.28
2.29 Eu era uma criança muito revoltada (sorrisos). Aquele tipo de criança que joga as coisas no chão, chuta o pé da mesa, xinga um, xinga outro.	24. Falando da infância: era uma criança revoltada.	2.29
2.30 Aí depois veio a aborrecência né, que não é a adolescência, que é pior ainda.	25. Falando da adolescência.	2.30
2.31 E quando eu tinha 19 anos eu resolvi fazer uma aventura na minha vida. Eu casei com um... eu não casei, eu me juntei, com um	26. Descrevendo aventura – relacionamento com homem mais velho.	2.31

<p><i>homem mais velho do que eu. Ele era 25 anos mais velho do que eu. Eu tinha 19 e ele 44 anos, e ele era muito depressivo. Aí eu pensei: ah, meu Deus, será que foi ele que me passou esse vírus?</i></p>		
<p><i>2.32 Mas eu logo pensei, não, ele não pode ser, porque ele não funcionava (sorrisos). Aí mesmo que não era ele. Nós ficamos juntos um ano e seis meses mas... e assim, ele era muito depressivo. Ele tomava remédio para tudo.</i></p>	<p><i>27. Descartando possibilidade de ter contraído o HIV de um dos parceiros.</i></p>	<p>2.32</p>
<p><i>2.33 Eu sempre fui assim comunicativa, alegre, eu ia pra faculdade, eu chegava e ele tava lá chateado, na época em que a gente fazia né, só que aí... por causa dele acabei trancando.</i></p>	<p><i>28. Percebendo-se como uma pessoa comunicativa e o companheiro depressivo.</i></p>	<p>2.33</p>
<p><i>2.34 Aí depois que eu voltei, é que conheci meu marido. Então quando eu ia pra faculdade, era uma festa né, era o primeiro período. Ele te traz conhecimento e é de adaptação também né, porque é uma coisa bem diferente né, história assim, é bem diferente.</i></p>	<p><i>29. Conhecendo o marido e identificando mudanças com a faculdade.</i></p>	<p>2.34</p>
<p><i>2.35 É muito preconceito, a gente chega lá não é bem isso. Aí a gente começa a ler, vê nome de autores que a gente nunca viu e é diferente. É diferente... A gente entra com uma cabeça e de repente vê que está só de olho fechado numa direção e chega lá a mente abre, a gente começa a pensar. Por isso que eu acho que o meu primeiro ano de faculdade foi muito bom pra mim, ele abriu mais a minha cabeça. Eu me arrependo até hoje de não ter terminado.</i></p>	<p><i>30. Identificando mudanças com a faculdade.</i></p>	<p>2.35</p>
<p><i>2.36 Eu por enquanto, assim... Agora tô pensando mais um pouquinho nele, né (neném).</i></p>	<p><i>31. Pensando no momento mais no bebê.</i></p>	<p>2.36</p>
<p><i>2.37 Eu quero voltar, eu preciso voltar... Nem que eu não use a profissão, mas pelo menos pra, pra fazer assim...</i></p>	<p><i>32. Sentindo vontade de voltar para a faculdade.</i></p>	<p>2.37</p>
<p><i>2.38 Quando eu vivi com esse homem, aí eu fiquei com ele um ano e meio e ele se matou. Ele era casado, tinha duas filhas, e hoje a mulher dele é casada com outro e tem mais duas, ou seja, a mulher dele hoje deve ter quatro filhas. Eu soube porque uma filha dele me ligou e disse.</i></p>	<p><i>33. Relatando experiência negativa com o parceiro.</i></p>	<p>2.38</p>
<p><i>2.39. Quando ele se matou, ele estava comigo. Pois é, então quer dizer, não foi o primeiro choque... (sorrisos).</i></p>	<p><i>34. Reconhecendo o choque de ter o HIV como não sendo o primeiro, tendo em vista a morte do companheiro (suicídio).</i></p>	<p>2.39</p>

<p>2.40 <i>Nós íamos sair pra ir na casa da mãe dele, aí ele pegou e me disse: oh, tu fica em casa tá. Aí eu perguntei: por quê? Uma coisa que eu não me esqueci, sabe. Não, porque fica na casa dos teus parentes, porque eu vou mas não sei se eu volto mais. Foi dito e feito. Ele pegou um carro e se jogou em cima de um muro que atravessou uma casa e mais uma outra casa ainda. Ele estava com uma Kombi. Ele não deixou nada por escrito dizendo que ía se matar, mas eu deduzi, a polícia deduziu, o bombeiro deduziu, a filha dele deduziu, a mulher dele deduziu, ninguém teve dúvidas. Mesmo porque do jeito que ele saiu de casa, né. Aí tinha um monte de remédio dentro do carro, a polícia achou, um monte de latinha de cerveja, pra ajudar né, a se matar.</i></p>	<p>35. <i>Descrevendo a morte do companheiro.</i></p>	<p>2.40</p>
<p>2.41 <i>Certeza, certeza de que ele não tinha o HIV eu não posso dizer, só se ele mostrasse o exame pra mim. Ele nunca me deu nada a entender sobre isso aí, porque ele sempre falava pra mim, perguntava se eu não queria doar sangue porque ele era muito, coisa assim... Aí eu perguntava pra ele por que ele não doava sangue. Ele dizia assim... não... Não, eu disse, eu vou doar. Qualquer dia vamos nós dois em Blumenau e vamos doar. Porque ele era de Blumenau, né, mas nós morávamos em Porto Belo. Ele se matou em 2000.</i></p>	<p>36. <i>Reconhecendo que não tem certeza se contraiu o HIV do marido.</i></p>	<p>2.41</p>
<p>2.42 <i>Depois eu conheci o meu marido, que é cunhado de uma tia minha. A tia é irmã de minha mãe que é casada com o L. que é irmão do P. Aí eu fui morar na casa da tia R. e do tio J. em Porto Belo, porque eu fazia faculdade.</i></p>	<p>37. <i>Relatando como conheceu o marido.</i></p>	<p>2.42</p>
<p>2.43 <i>Aí eu conheci ele e a mulher dele. Só que a mulher dele que é uma louca. É uma louca, pra abandonar os filhos não pode ser muito certa, né?</i></p>	<p>38. <i>Relatando que conheceu o marido e a ex-mulher dele.</i></p>	<p>2.43</p>
<p>2.44 <i>Aí eu tava decepcionada porque o meu noivo terminou comigo. Quer dizer, nós não chegamos a noivar, nós íamos noivar.</i></p>	<p>39. <i>Sentindo decepção com seu noivo (quase noivo).</i></p>	<p>2.44</p>
<p>2.45 <i>Ele era de Porto Belo, morava perto da minha casa. Ah, nós se gostava tanto... Mas também quando se odiamos...(sorrisos). Dizem que o amor e o ódio são dois lados de uma mesma moeda, né? Eu namorei com ele um ano e três meses, quatro meses. Aí nós íamos noivar em maio. Fica um ano ou mais, noivos, eu ía continuar estudando, ele trabalhando, até a gente poder casar. Aí aconteceu que ele trabalhava em Santos embarcado, em Santos, ele é pescador. O</i></p>	<p>40. <i>Descrevendo a relação com o noivo.</i></p>	<p>2.45</p>

<p><i>meu pai também é pescador, aí meu pai tinha ido pra Santos pescar, meu pai tinha barco próprio, né? Aí meu pai tava em Bertioga, entrou em Santos e disse pra mim que viu ele num lugar de mulher baixa, também não sei se esse é o termo correto. Então aí eu fiquei assim meio chocada sabe, e aconteceu que a mãe dele também não fazia muita questão, a gente acabou brigando, discutindo, daí ele me mandou pro inferno... Pro inferno não é um lugar muito bom pra se mandar os outros, né? Eu não gostei. Desliguei o telefone na cara dele e terminamos ali. Eu tava com uma dor-de-cotovelo muito grande, o pai dele (aponta para o neném) se separa e me convida pra sair e aí nós saímos. Saímos pra fazer festa. Saímos, ficamos juntos e estamos até hoje. Eu tô um ano e seis meses com ele.</i></p>		
<p><i>2.46 O ser-mulher Eufrosina pra começar está muito contente, porque enche o sutiã, sabe, olha só (faz um movimento para mostrar as mamas aumentadas) agora tá enchendo o sutiã.</i></p>	<p><i>41. Percebendo o peito aumentado, sentindo-se muito feliz.</i></p>	<p>2.46</p>
<p><i>2.47 O ser-mulher Eufrosina é apaixonada, é vida, é determinada, é crítica.</i></p>	<p><i>42. Percebendo-se como alguém que é apaixonada, determinada, crítica e vida.</i></p>	<p>2.47</p>
<p><i>2.48 O meu marido diz que eu sou bocuda, é... bocuda e linguaruda.</i></p>	<p><i>43. Sendo identificada pelo marido como bocuda.</i></p>	<p>2.48</p>
<p><i>2.49 Que mais que eu sou? Sou muito vaidosa, tô doida pra chegar em casa lavar os meus cabelos, tirar minha sobrancelha, tirar meu bigodinho que está enorme, passar um creme pra tirar essas manchas que eu não agüento mais. Ah, como eu quero lavar meu cabelo! Vou lavar em casa porque aí eu tenho secador.</i></p>	<p><i>44. Reconhecendo que é vaidosa, cuidando da aparência física.</i></p>	<p>2.49</p>
<p><i>2.50 Sou carinhosa, sou um amor, um caminhão de carinho. Eu sou um poço de carinho. Sou muito cativante.</i></p>	<p><i>45. Percebendo-se como carinhosa, cativante.</i></p>	<p>2.50</p>
<p><i>2.51 Meus namorados gostavam de mim por causa disso. Eu sou muito querida.</i></p>	<p><i>46. Percebendo-se como muito querida.</i></p>	<p>2.51</p>
<p><i>2.52 Sou muito compreensiva também.</i></p>	<p><i>47. Identificando-se como compreensiva.</i></p>	<p>2.52</p>
<p><i>2.53 Sabe por que que meu marido diz que me ama e que gosta de mim? Ele diz que é porque eu sou o tipo de mulher que não fica perguntando: onde é que tu teve até agora? Aonde é que tu tivesse? Com quem tu tivesse? O que é que estavas fazendo? Por que é que viesses só agora? Essas coisas assim... Eles não gostam.</i></p>	<p><i>48. Identificando qualidades pessoais valorizadas pelo companheiro.</i></p>	<p>2.53</p>

2.54 Foi por isso que ele deixou da outra. Eu sou tudo ao contrário. Tudo que ela é eu não sou.	49. Percebendo-se como diferente da outra mulher do marido.	2.54
2.55 Só que eu digo pra ele: mas também não me chifra hein... Porque senão eu viro do avesso.	50. Advertindo o marido se for traída.	2.55
2.56 Então, agora, esse ser-mulher vai mudar um pouco... Eu acho que vai mudar pelo ser-mãe.	51. Identificando mudanças em decorrência do papel de ser-mãe.	2.56
2.57 A gente sempre muda um pouquinho né? Tem coisa que a gente deixa de fazer, que a gente tem que abrir mão, né?	52. Reconhecendo mudanças provocadas pela maternidade.	2.57

Quadro 2 – Exemplo de análise estrutural das descrições experienciais – ser-mãe.

Discurso na linguagem do sujeito significativo	Redução de unidades de significado	Convergência de unidades temáticas
2. EUFROSINA ser-mãe		
2.1 Eu me acho uma ótima mãe. Eu me acho uma ótima mãe.	1. Reconhecendo que é uma ótima mãe.	2.1
2.2 Pra começar eu tive um sentimento que a mãe das crianças não teve que foi pegar dois bebês e hoje eu trato eles como mãe.	2. Reconhecendo que teve um sentimento materno que a mãe biológica não teve.	2.2
2.3 Se eu pudesse eu faria o possível e o impossível, assim... eu acho que eu ultrapassaria as barreiras da impossibilidade para dar tudo para os meus filhos, sabe? Qualquer coisa eu faria, eu acho que qualquer mãe faria.	3. Reconhecendo que faria tudo pelos seus filhos.	2.3
2.4 Tem umas loucas aí que não fariam, mas eu faria. Eu sou muito protetora.	4. Percebendo-se como uma mãe muito protetora.	2.4
2.5 E ser protetora é cuidar o máximo possível, fazer o bem possível, fazer tudo que for para o bem dele eu faço mesmo que seja, por exemplo, furar o pezinho do neném, ah meu Deus que piedade, mas eu vou fazer porque é para o bem. Sabe, dar a vacina, eu acho que dar vacina é uma coisinha... nossa! espetar uma injeção nisso aqui (aponta para o neném), a gente fica comovida. Eu acho que qualquer um se comove, um bebê tão pequenininho, só com três dias de vida e já vai ganhar uma espetada. É doído na gente mas	5. Compreendendo que ser protetora é cuidar o máximo possível.	2.5

<p><i>ao mesmo tempo a gente sabe que é importante, é fundamental na vida dele. Este é o meu ser-mãe e o ser-Eufrosina, tá doida pra sair daqui correndo!</i></p> <p>NO: Eufrosina e o bebê acabavam de receber alta da maternidade.</p>		
---	--	--

A fenomenologia hermenêutica, segundo van Manen (1984), está atenta a ambos os termos de sua metodologia: é uma metodologia descritiva porque focaliza o modo como as coisas se mostram, deixando as coisas falarem por si mesmas; e é também uma metodologia interpretativa (no caso, hermenêutica), porque alega que não há coisas, tais como fenômenos não interpretados. A redução, de acordo com van Manen (1984), é o termo técnico utilizado para descrever o dispositivo fenomenológico que nos permite descobrir o surgimento espontâneo do mundo da vida. Para alcançarmos a compreensão da estrutura essencial de alguma coisa, faz-se necessário refletir sobre ela, e isto é feito através da redução. Esta envolve “o despertar de um senso profundo de maravilhar-se com a condição misteriosa da crença no mundo” (p. 185). Este se maravilhar fundamental anima o questionamento que uma pessoa faz do significado da experiência do mundo. Na seqüência, a pessoa precisa suspender seus próprios sentimentos subjetivos, suas preferências, inclinações ou expectativas para poder alcançar o fenômeno do modo como ele é vivido. O pesquisador precisa despir-se das teorias, ou concepções específicas, e das tematizações que se sobrepõem ao fenômeno de interesse do estudo, impedindo que este veja tal fenômeno de um modo não abstrato.

Na redução eidética a pessoa precisa ir além da particularidade da experiência vivida em direção ao que é universal, à essência, que está do outro lado da concretude do significado vivido. É ser capaz de retornar ao mundo na forma como vivido e de modo enriquecido e aprofundado (VAN MANEN, 1984).

6.4 DESENVOLVENDO UMA ESCRITA FENOMENOLÓGICO-HERMENÊUTICA

Para van Manen (1990), fazer pesquisa num sentido fenomenológico significa sempre “dar forma a um discurso ou a uma fala referente a alguma coisa” (p. 32). E

este dar forma ao discurso ou fala, que é feito ponderadamente, é mais comumente uma atividade de escrita. Segundo o autor, esta atividade deve estar presente em todo o processo de investigação e não deve ser compreendida como sendo apenas uma etapa final dele. A estruturação da descrição fenomenológica pode ser organizada de diversos modos, embora o autor considere benéfico relacioná-la com os fenômenos que está descrevendo. Algumas modalidades alternativas de abordagem são apresentadas por van Manen (1984), e incluem: padronização em torno dos temas, ou descrever de modo analítico, ou extrair as essências dos fenômenos, e fazê-lo ilustrando com exemplos sobre como eles foram determinados, ou tecer temas existenciais com descrições e, ainda, engajar-se num diálogo com outro fenomenólogo. A combinação destas abordagens é aceitável. Os procedimentos de escrever e reescrever fazem parte do processo e devem ser realizados de modo a permitir que o significado da experiência se mostre.

Segundo van Manen (1984), a transformação lingüística se constitui em uma aventura, uma modalidade de ação que o fenomenólogo desenvolve para entrar num processo de capturar a essência dos temas. Esse processo envolve o ato de escrever sobre suas atividades de pesquisa e sobre suas leituras. Parágrafos são desenvolvidos em torno dos temas, facilitando a descrição de modo mais distinto. O pesquisador reflete sobre as descrições fenomenológicas numa tentativa de recriar as experiências, não apenas como uma imitação ou descrição pura das mesmas, mas, similarmente, como uma forma de expressão artística, onde representa uma transcendência das experiências do mundo através da reflexão existencial. Dito de outro modo, a investigação fenomenológica não se reduz ou não se limita apenas à descrição detalhada de uma situação visando à busca da essência do fenômeno estudado. Ao analisar e interpretar as informações dadas pelas descrições dos fenômenos mediante critérios de rigor, ela busca não só a essência, mas também a sua transcendência – redução transcendental.

6.5 MANTENDO UMA RELAÇÃO FORTE E ORIENTADA PARA O FENÔMENO

Max van Manen (1990) chama a atenção para o fato de que, contrariamente ao que alguns pensam, a ciência humana fenomenológica é um tipo de pesquisa

qualitativa que é extremamente exigente para aqueles que a praticam. Neste particular salienta que, a menos que o pesquisador se mantenha firme na sua orientação para a questão fundamental, poderá sofrer tentações para se desviar, perambular sem meta e consentir especulações de pouca profundidade, aceitando, assim, opiniões e conceitos preconcebidos, e entrar de novo num emaranhado de conceitos taxonômicos ou teorias abstratas, descaracterizando a perspectiva fenomenológica. Mais do que realizar um procedimento, esta consiste em adotar uma atitude interessada, engajada. Para o autor, “orientar-se para um objeto significa que estamos animados pelo objeto num sentido pleno e humano. Sermos fortes em nossa orientação significa que não iremos aceitar ou nos acomodar com superficialidades e falsidades” (VAN MANEN, 1990, p. 32).

Tendo como base estas considerações, procurei estabelecer e manter neste estudo uma forte orientação para o fenômeno de interesse em todo o processo de investigação, tendo a preocupação constante de não perdê-lo de vista, bem como a perspectiva e a finalidade de minha investigação.

6.6 EQUILIBRANDO O CONTEXTO DA PESQUISA CONSIDERANDO AS PARTES E O TODO

No âmbito do referencial fenomenológico, onde a teia de relações que institui a realidade do ser humano está fundada na palavra, no significado, o pesquisador deve trabalhar não só com as partes, mas sobretudo com a totalidade das descrições dos sujeitos significativos. Como já foi abordado anteriormente, as descrições devem ser lidas e relidas, tantas vezes quanto achar necessárias, até que o descrito comece a fazer sentido para o pesquisador, tendo como referencial a questão norteadora do estudo. Foi deste modo que procedi.

6.7 DESCREVENDO OS COMPONENTES ÉTICOS DO ESTUDO

O protocolo de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)³¹, oficialmente aprovado pelo Conselho Nacional de Pesquisa

³¹Trata-se de um colegiado interdisciplinar e independente, com “múnus público”, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo os seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa (BRASIL/MS/CNS, 2002b, p. 11).

(CONEP), existente em uma das instituições onde o estudo foi desenvolvido. O mesmo foi entregue em três vias com uma carta de apresentação e constou de cinco documentos: o primeiro, a folha de rosto (Anexo A), que identifica o projeto, a pesquisadora responsável, a orientadora, as instituições onde será realizado o projeto e o Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação dele e inclui o termo de compromisso da pesquisadora e da instituição em cumprir a Resolução CNS nº 196/96 (VI.I, VI.5), do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas para pesquisa envolvendo seres humanos, devidamente assinado pela pesquisadora e pelo responsável legal da instituição (BRASIL/MS/CNS, 2002a e 2002b) O segundo documento exigido foi o próprio projeto de pesquisa. O terceiro, que do ponto de vista ético reveste-se de fundamental importância, foi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – (Apêndice A), cujo texto foi elaborado pela própria pesquisadora em linguagem simples e acessível, levando em consideração a situação concreta dos sujeitos significativos da pesquisa. Este documento demonstrava, de modo explícito, o reconhecimento dos sujeitos da pesquisa como seres autônomos e melhores defensores de seus interesses. O quarto documento exigido foi o orçamento detalhado do projeto, especificando informações, como recursos, fontes de financiamento, entre outras. E, por último, o quinto documento foi o *curriculum* da pesquisadora e da orientadora. Assim, uma vez iniciado o estudo, solicitei de cada sujeito significativo (ser-mulher/mãe participante), que espontaneamente desejasse e/ou aceitasse participar do mesmo, a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, detalhando as informações e esclarecendo eventuais dúvidas sobre os objetivos, o método, a finalidade, os riscos e benefícios da pesquisa, bem como o modo de divulgação dos resultados. O TCLE foi elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito participante e a outra arquivada pela pesquisadora.

Os nomes das informantes bem como os locais de estudo foram mantidos no anonimato e em caráter confidencial, sendo adotado codinomes para esta finalidade: nome de deusas gregas para os primeiros e letras do alfabeto grego (“Alfa” e “Beta” para as duas maternidades e “Delta” para o Centro de Saúde) para os segundos, respectivamente. As fitas utilizadas nas gravações, bem como todos os registros e demais documentos recomendados pelo CONEP, ficarão mantidos em arquivo, sob a

guarda da pesquisadora, por cinco anos. Assim sendo, reafirmei o compromisso de cumprir integralmente os termos das Resoluções CNS nºs 196/97, 251/97 e 292/99 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL/MS/CNS, 2002b). Além destes aspectos, em todo o processo de pesquisa foram observados e preservados os princípios éticos da Enfermagem (Código de Deontologia) e bioéticos fundamentais do respeito à pessoa, sendo aplicados aos sujeitos significativos do estudo, a saber: o da autonomia³², da beneficência³³, da não-maleficência³⁴ e o da Justiça.

Conforme previsto no projeto, e considerando a natureza do estudo, durante as fases da obtenção dos discursos e observação, a pesquisadora em alguns momentos envolveu-se com atividades de assistência de enfermagem, mas sempre tendo a preocupação e o cuidado para não transformar o projeto de pesquisa em um projeto meramente assistencial.

Finalizando este capítulo, apresento a seguir uma representação esquemática do caminho metodológico adotado no presente estudo (ver Esquema II).

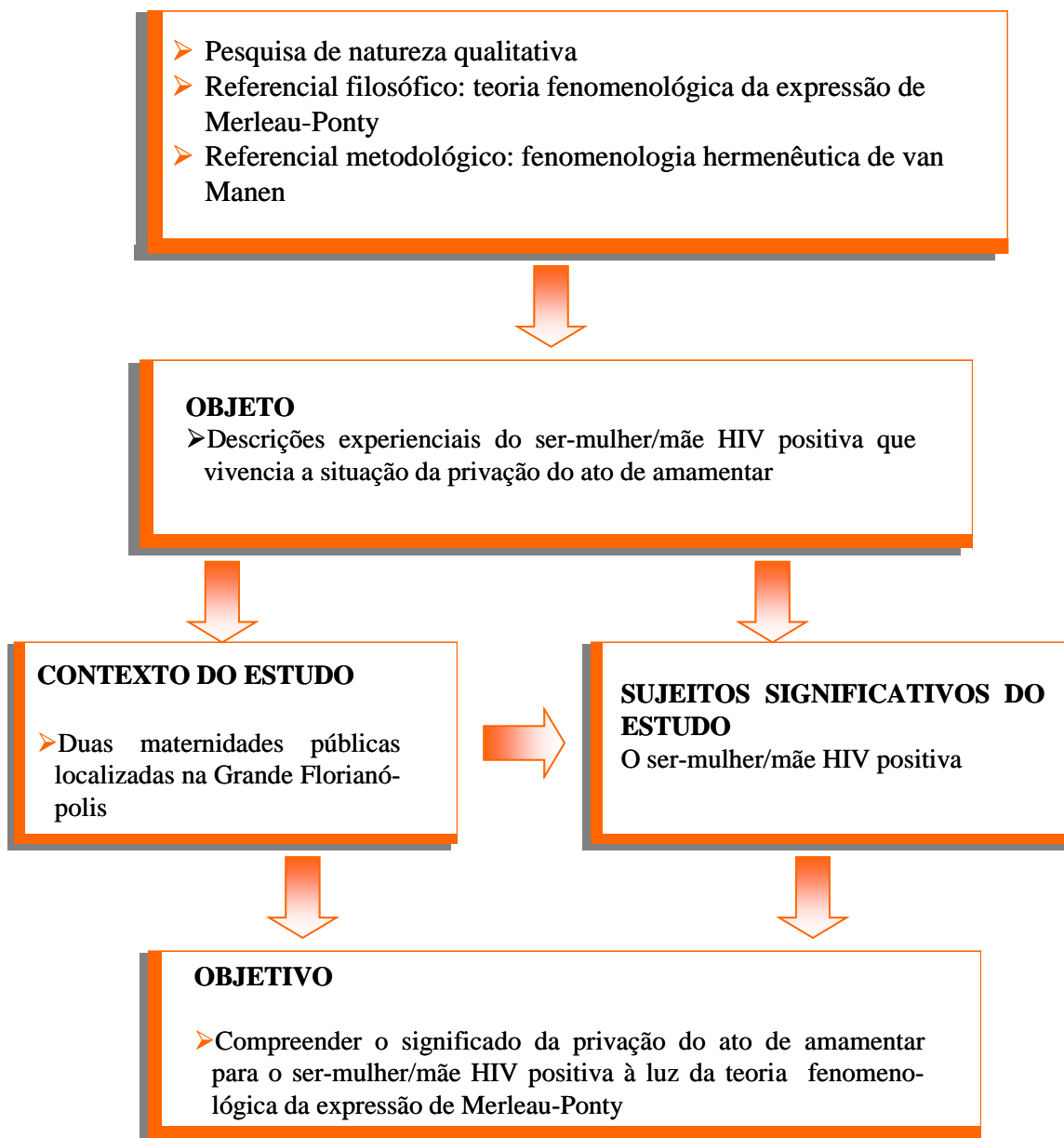
³² Princípio da autonomia: consiste em assegurar a participação do sujeito significativo de modo voluntário, sem coerção institucional ou psicológica e bem orientada com termo de consentimento pós-informação.

³³ Princípio da beneficência: ao realizar as descrições experienciais, o sujeito significativo amplia sua consciência sobre a própria existência e condição de vida; ao participar de forma voluntária e altruísta, colaborando deste modo para a aquisição de novos conhecimentos, com possibilidade de aplicação a pessoas nas mesmas condições, e elevando sua auto-estima.

³⁴ Princípio da não-maleficência: é aquele que, por sua vez, garante o respeito à privacidade, a não-mobilização emocional de elementos traumáticos e a preservação do anonimato (TURATO, 2003).

REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA PESQUISA E DA METODOLOGIA

ESQUEMA II – O CAMINHO METODOLÓGICO



CAPÍTULO 7

A EXPRESSIVIDADE CORPORAL DO SER-MULHER/MÃE HIV POSITIVA FRENTE À PRIVAÇÃO DO ATO DE AMAMENTAR: DESVELANDO O SIGNIFICADO.

Dói o coração da gente, a gente querer dar o peito, dar de mamar e não poder dar... [AGLAIA, 2003].

A partir da apreensão das descrições experienciais relatadas pelos sujeitos significativos do estudo e das informações obtidas por meio das observações realizadas em campo, cabe-me, no presente capítulo, desvelar o significado da privação do ato de amamentar para o ser-mulher/mãe HIV positiva.

Considerando que na perspectiva merleau-pontyana o ser humano, entendido como corpo próprio ou corpo fenomenal, é um ser no mundo, engajado/enraizado no mundo, ou seja, age ativamente sobre o mundo, transformando-o do mesmo modo que é influenciado e transformado por ele, numa relação de reciprocidade, constituindo-se, no seu modo de ver, “um nó de significações vivas e não a lei de um certo número de termos co-variantes” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 210), e que a fenomenologia trata do relato do espaço, do tempo e do “mundo vivido” desse ser, buscando descrever a sua experiência do modo como ela é, percebendo-a de modo espontâneo, pré-reflexivo, onde, por meio da intuição, o objeto é apreendido em sua totalidade, optei por apresentar este capítulo subdividindo-o em duas partes.

Uma primeira parte, sob o título **O ser do fenômeno: o corpo vivido como espaço expressivo**, em que faço uma descrição geral do universo estudado incluindo algumas de suas características sociodemográficas e as de seus parceiros (pai biológico/última gestação), reprodutivas e também aquelas relacionadas à condição de HIV positivas. Seguida de uma outra parte, mais particularizada, em que procuro descrever um pouco mais sobre o *ser do fenômeno*, protagonista deste estudo, ou seja, o ser-mulher/mãe HIV positiva frente à privação do ato de amamentar, do modo como a mesma se revelou para mim, isto é, o seu modo de *ser no mundo* enquanto presença

no momento da observação e do diálogo³⁵, durante nossos encontros existenciais, e da maneira como esta se percebe, buscando situá-la em seu mundo vivido.

Em ambas as descrições procuro trazer à luz aspectos que considere relevantes, no sentido de contribuir para uma melhor apreensão e compreensão do significado do fenômeno estudado. Do conjunto dos dados obtidos e configurados sob a forma de unidades temáticas e temas essenciais, emergiram três significados que gravitam em torno de um significado central, que podem ser compreendidos como: **percebendo-se como ser-mulher: *eu sou o tipo de pessoa que não faz mal a ninguém***; **percebendo-se como ser-mãe: *eu sou muito mãezona***; e **percebendo-se como ser-mulher/mãe HIV positiva: *a gente nunca imagina que isso pode acontecer com a gente***.

E uma segunda parte em que me ateno à apresentação do significado da privação do ato de amamentar propriamente dito para o ser-mulher/mãe HIV positiva, também desvelado através da análise fenomenológico-hermenêutica, que se constitui no objetivo principal deste estudo e que pode ser compreendido através do significado que se revelou como central: **percebendo-se como ser-mulher/mãe privada do ato de amamentar: *dói o coração da gente, a gente querer dar o peito, dar de mamar e não poder dar***. Vale, entretanto, ressaltar que estes significados, apreendidos da análise estrutural das descrições das experiências vividas e de todos os outros dados obtidos através da observação, estão desdobrados em alguns temas e se mostram sob a forma de uma rede³⁶ de significados, onde aparecem intimamente relacionados, tornando laboriosa e, por vezes, difícil a tentativa de separá-los. As duas partes formam um todo integrado e comportam a expressividade corporal do ser-mulher/mãe frente à privação do ato de amamentar.

³⁵A experiência do diálogo constitui-se um terreno comum entre outrem e mim, meu pensamento e o seu formam um só tecido, meus ditos e aqueles do interlocutor são reclamados pelo estado da discussão, eles se inserem em uma operação comum da qual nenhum de nós é criador. Existe ali um ser a dois, e agora outrem não é mais para mim um simples comportamento em meu campo transcendental, aliás, nem eu no seu, nós somos, um para o outro, colaboradores em uma reciprocidade perfeita, nossas perspectivas escorregam uma na outra, nós coexistimos através de um mesmo mundo (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 474-475).

³⁶Entendida como uma trama onde estão embaralhados corpo próprio e existência, fala falada e fala falante, eu-outro, estão envolvidos e imbricados um no outro (BICUDO, 2000, p. 42).

7.1 O SER DO FENÔMENO: O CORPO VIVIDO COMO ESPAÇO EXPRESSIVO

7.1.1 Conhecendo os sujeitos significativos do estudo: as deusas gregas

Para descrever e caracterizar os sujeitos significativos do presente estudo – o ser-mulher/mãe HIV positiva, conforme já mencionei no capítulo anterior, tomei emprestado o nome das deusas gregas (ver Quadro III) como codinome para identificá-las. Para isto, fez-se necessária uma retomada das deusas gregas com seus respectivos significados e, a partir daí, tentar fazer uma aproximação de cada sujeito significativo por alguma particularidade específica com a deusa, cujo significado melhor correspondesse ao seu modo de ser no mundo, embora nem sempre essa correspondência tenha sido possível realizar.

Quadro III – Sujeitos significativos do estudo: as deusas gregas.

Nº	NOME DA DEUSA	SIGNIFICADO
01	HEBE	Deusa da juventude.
02	EUFROSINA	Deusa dos pensamentos alegres e da boa disposição.
03	ATE	Deusa da confusão por bobagens.
04	CLOTO	Deusa que tece o fio da vida.
05	DEMÉTER	Deusa da colheita.
06	HERA	Deusa companheira do poder.
07	AIDOS	Deusa da modéstia, do auto-respeito e da vergonha.
08	HÉSTIA	Deusa da espiritualidade.
09	ATENA	Deusa da sabedoria e busca realização profissional na educação.
10	ANANKE	Deusa da necessidade.
11	ÁTROPOS	Deusa que corta o fio da vida.
12	NIKE	Deusa da vitória.
13	IRINA	Deusa da paz.
14	AGLÉIA	Deusa da esplêndida beleza.
15	HYBRIS	Deusa da soberba e do orgulho.
16	ÁRTEMIS	Deusa da abundância e da fartura.
17	AGLAIA	Deusa do brilho e do brilhante.
18	LEUCOTHÉA	Deusa da alvorada.
19	AFRODITE	Deusa da beleza e do amor.
20	TÊMIS	Deusa do que é correto.
21	INO	Deusa da água e da agricultura.
22	SELENE	Deusa da lua e da claridade/luz.
23	PERSÉFONE	Deusa do mundo espiritual e das experiências domésticas.
24	MÉTIS	Deusa da prudência.

Fonte: Guimarães (1995).

Tal escolha certamente não foi por acaso. Na realidade, ela está enraizada no meu mundo vivido e é resultante de um *insight*³⁷ que me ocorreu durante o percurso para a realização do presente estudo. Desde o início o meu pensamento já se ocupava desta preocupação: qual o nome fictício ou o codinome a ser adotado, a fim de salvaguardar a identidade e o anonimato dos sujeitos significativos do estudo que melhor caracterizasse esta população com singularidades tão marcantes e especiais? Várias possibilidades surgiram: utilizar nome de flores, de pedras preciosas, frutos do mar, nomes selecionados pelos próprios sujeitos significativos, nome de artistas famosas, entre outros, até que veio a luz: por que não as deusas gregas? Este *insight* levou-me a algumas reflexões que vieram reforçar tal escolha.

Em primeiro lugar, e considero talvez a mais relevante, está relacionada ao significado atribuído às deusas pelos gregos: eles entendiam seus deuses e deusas como forças espiritualmente vivas, detentoras de poderes que influenciavam todo ser humano e simbolizavam o encontro do ser com o próprio destino. Mais do que aspectos da alma humana, as deusas gregas encarnam forças arquetípicas que parecem coadunar com as características do universo de mulheres estudadas.

Em segundo lugar, por me convidarem a (re)visitar a mitologia grega, uma das formas mais primordiais da manifestação do espírito humano que habita o mundo vivido e idealizado no imaginário dos nossos (e, mais particularmente, dos meus) antepassados.

E, por último, por encontrar nas deusas uma simbologia que me pareceu apropriada para mitigar e antagonizar os efeitos da discriminação e estigmatização social que afeta este universo específico de mulheres.

Assim, passarei a apresentar inicialmente os dados gerais que caracterizam em grandes linhas o universo de mulheres/mães estudadas, seguidos de uma apresentação de cada ser-mulher/mãe, tendo a clareza de que os mesmos não se constituem em elementos completos, fixos, isolados, cristalizados em um instante de observação, mas, antes, se dão dentro de um contexto contínuo de relações, onde o ser humano (entendido como corpo próprio) e seus diversos modos possíveis de ser no mundo,

³⁷ É a capacidade que tem o sujeito inteligente de perceber numa figura, ou numa dada situação, uma significação que vai resolver a dificuldade diante da qual ele se encontra (MERLEAU-PONTY, 1990, p. 281).

como no dizer de Merleau-Ponty, 1999, *é um ser total mas jamais totalizado e acabado*, que mantém com o mundo um elo ambíguo e inesgotável, o qual designou de *co-nascimento*.

7.1.1.1 Descrição geral do universo estudado.

Características sociodemográficas

Os sujeitos significativos que constituíram o universo estudado, ou seja, as 24 mulheres/mães HIV positivas privadas do ato de amamentar, apresentaram idade variável entre 18 e 35 anos, o que revela ser uma população jovem e em franca fase reprodutiva, e, deste total, a maior parte, ou seja, vinte e uma, era da raça/cor branca e três da raça/cor negra. Das entrevistadas, um total de dez mulheres/mães referiram ser do lar e/ou estarem desempregadas. Quanto às demais, quatro eram diaristas/faxineiras, duas eram empregadas domésticas, uma artesã, uma costureira de calçados, uma cabeleireira, uma coordenadora escolar, uma secretária, uma recepcionista, uma vendedora e outra trabalhava na padaria de seu pai.

Apesar da transmissão do HIV ser improvável na maioria dos locais de trabalho, conforme argumentam Parker; Aggleton (2001), o suposto risco de transmissão tem sido utilizado por empregadores como um meio de despedir ou de recusar emprego a pessoas vivendo com HIV/AIDS. Tal fato, embora o universo do estudo esteja circunscrito a um número restrito de sujeitos estudados, pode ser constatado na fala de duas mulheres/mães entrevistadas:

Não sei se tem preconceito... preconceito no mundo... no mundo de trabalho contra isso, né? Eu acho que tem, até portanto... eu trabalho mas,... eu trabalho numa casa particular, só que eu... depois de ganhar o neném, depois que eu completar os quatro meses de licença, ela vai me mandar embora. Até é por causa disso. Ela sabe. Eu não escondi, né? Mas já está tudo acertado [Ártemis].

E uma outra, que demonstra certa preocupação e medo da descoberta do diagnóstico por parte do empregador, resultando em manifestações de discriminação social associadas ao HIV e à AIDS ao buscar novo emprego e ter que se submeter a exames de triagem para ingressar no mercado de trabalho:

Eu até trabalhava, mas só que... mas eu fui despedida um pouquinho antes de engravidar. Daí depois eu fiz uma entrevista pra trabalhar num supermercado como atendente, mas eu já tava grávida e eu acho também que o cara notou, e aí eu tinha que passar por um processo de exames e aí eles iam descobrir mesmo assim, aí eu

fiquei em casa. E agora é mais difícil pegar emprego, né? Eu não vou poder pegar na cozinha porque pode ter contaminação, né? Caso eu corte meu dedo. Tem um professor meu, o professor de Física, ele falou que no lugar onde ele trabalha, pra pessoas assim... quem é mãe solteira, eles arranjam um tipo de uma bolsa; tem que falar com a assistente social, aí ganha o medicamento pro neném, ganha cesta básica, passe, essas coisas. Só que eu não vou poder depender só dessas ajudas, né? É porque é assim oh, trabalhar de faxina eu acho que eles não pedem exames, porque a maioria assim... dos empregos... hoje qualquer emprego eles tão pedindo exames, tudo pra saber, e vai que sabe acaba dando problemas... [Hebe].

Tais depoimentos se diferenciam dos mencionados por Knauth (1997), que, ao realizar um estudo na cidade de Porto Alegre, RS, com mulheres soropositivas, identifica que as mesmas, ao descobrirem sua condição sorológica, deixam de exercer atividade remunerada alegando outras razões, tais como: nascimento do filho, casamento ou falta de disposição para o trabalho.

A escolaridade das mulheres/mães entrevistadas, bastante heterogênea, oscilou entre o primeiro ano do primeiro grau e o terceiro grau completo, havendo predomínio daquelas com até oito anos de estudo, isto é, dezesseis mulheres. Apenas uma delas possuía curso superior completo e uma outra incompleto. As demais, em número de seis, tinham segundo grau, sendo que quatro possuíam segundo grau completo e duas incompleto.

No que diz respeito à distribuição por estado civil no momento das entrevistas, quatorze estavam casadas (incluindo-se aí as uniões legais e consensuais), nove referiram ser solteiras e uma dizia ser viúva. Das 24 mulheres/mães entrevistadas dispersas nestas diferentes categorias, quinze referiram ter tido, no decorrer de suas existências, de um a três parceiros sexuais, quatro de quatro a cinco parceiros, três de seis a nove, e duas com mais de dez parceiros. A maioria das entrevistadas, ou seja, dezoito delas, referiram ser da religião Católica, três eram evangélicas, uma não tinha nenhuma religião, uma era católica, mas freqüentava a religião Adventista, e outra dizia ser católica e também adepta à Testemunha de Jeová.

Em relação aos seus parceiros (24 pais biológicos/última gestação), a idade variou entre 20 e 44 anos. No que se refere à escolaridade dos mesmos, todos freqüentaram a escola, sendo que quatro conseguiram realizar curso superior completo, entre os quais, três tinham realizado o Curso de Direito e um de Educação Física. Dos demais, treze apresentavam nível de escolaridade de primeiro grau, sendo quatro completo e nove incompleto, e sete de segundo grau, entre os quais, cinco completos e

dois incompletos. A ocupação/profissão deles variou entre aquelas reconhecidas como mais especializadas até as menos qualificadas, a saber: advogado, professor de Educação Física e jiu-jitsu, pintor, padeiro, pedreiro, marceneiro, vendedor de flores, caminhoneiro, desenhista, vendedor de calçado, policial, escultor (em madeira), operador digital, construção civil e auxiliar de serviços gerais. Alguns dos parceiros, tive a oportunidade de conhecer e interagir, outros não apareceram na maternidade.

7.1.2 O ser-mulher/mãe: características reprodutivas

Quanto ao número de gestações, das 24 mulheres/mães entrevistadas, variou de uma a seis gestações, sendo que quatro experienciavam a gestação pela primeira vez, nove delas era a segunda vez, duas a terceira, três a quarta, quatro a quinta e duas a sexta gestação. Das que experienciavam a gestação pela primeira vez, duas eram adolescentes.

Em relação à experiência anterior com a amamentação, do total das 24 mulheres/mães entrevistadas, dezesseis alegaram já terem amamentado seus filhos em gestações anteriores e oito referiram nunca terem amamentado, sendo que quatro por estarem vivenciando a gestação pela primeira vez, uma era a segunda gestação, mas a primeira tinha resultado em aborto, e as outras três, onde duas era o segundo filho e uma outra o terceiro, sendo que nenhuma delas havia experienciado a amamentação por serem HIV positivas, embora já tivessem experimentado anteriormente o processo de inibição da lactação. Para estas últimas, o desejo de amamentar fica retido e é expresso como *um sonho não realizado*, conforme nos revelam Atena, Selene e Ananke:

*Na primeira foi bem mais difícil, eu já conhecia a doença, já sabia que não... não... que as mães não podem amamentar, só que eu sofri muito mais do que nessa. Foi a primeira vez assim... era um **sooonho** amamentar, né? Toda essa questão da gravidez, assim... esse envolvimento com o bebê, a barriga crescendo, de tá conversando, tá pondo uma música, contando uma história e o aleitamento, nem só pela saúde, porque eu sei, claro, que tem mais vantagens o leite materno do que um outro, mas que ele iria ser tão saudável quanto as outras crianças. Mais assim, pela parte afetiva, pesou muito mais do que isso [Atena].*

*Já da outra vez tinham me dito que eu não ia poder amamentar. Isto não me afetou, mas só que a gente tem um **sonho** né, todas as mães têm de amamentar o filho, a primeira vez [Selene].*

*Durante o pré-natal eles disseram que eu não ia poder amamentar porque podia passar pro bebê, né? Ah, então assim... eu fiquei... fiquei até sentida porque poxa, o meu sonho era ter um filho para poder amamentar. Então assim, eu fiquei muito sentida porque... na mamadeira ele se alimenta, mas não é como o leite materno. Eu acho que não. O meu **sonho** sempre foi... era ter um filho pra poder amamentar. Aí daí quando elas me disseram que eu não ia poder amamentar, fiquei sentida mas eu pensei: botar a criança fora é que eu não vou, né? Só por não poder amamentar. Então... Quando eu vejo uma mulher amamentando ou vejo alguma propaganda da amamentação, ah, isso toca em mim, porque sei lá eu acho tão bonito, porque assim a criança parece que na mamadeira não mama com tanta vontade que nem mama no seio. E eu sei lá, parece que assim na hora de um chorinho, a hora de um... o seio é o calmante. Então eu fico assim... sentida. Até essa semana eu tava comentando, poxa mais um que eu não vou poder amamentar, né? Eu digo, a menina eu não pude amamentar, o menino também não, mais um que eu não vou poder amamentar. Então isso assim... mas daí eu prefiro esquecer pra não ficar... não ficar sofrendo [Ananke].*

Entre as demais, outra refere que teve insucesso na prática de amamentar, alegando recusa do peito pelo filho, apesar das tentativas empreendidas.

Do universo das mulheres/mães estudadas, 23 referiram ter realizado o acompanhamento pré-natal. Destas, 22 fizeram mais de seis consultas durante a gestação, conforme recomenda o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2000). As demais, uma fez menos de seis consultas e uma outra não realizou consulta neste período. Em relação à ocorrência de abortos anteriores, oito das 24 mulheres entrevistadas relataram ter tido aborto, sendo que uma delas por duas vezes e outras duas confessaram tê-lo induzido:

Eu fiz o aborto, tomei remédio. Tomei uma cartela de Cytotec. Além do Cytotec eu bebi tudo que me davam. Tomei chá de... de... como é de... Mas estes chás não resolvem nada, isso é mentira. É, porque na hora a gente fica apavorada, daí quer usar tudo que vem, né? E não falta quem dê sugestão. Mas eu, o que deu certo mesmo foi o Cytotec, eu gastei... hummm, eu na época gastei 120 reais. É uma dose grande e cara. Caríssimo. São quantos comprimidos? São 4, 5, 6... são 8 né? Ah, mas também eu já tava... ah, eu tenho um útero muito forte, daí eu tive que tomar uma dose forte [Hera].

Tanto esta mesma mulher/mãe entrevistada como mais outras duas relatam que rejeitaram a última gestação (a atual) e também haviam utilizado medicamentos, mas sem sucesso, para induzir ao aborto:

O primeiro mês que eu fui no pré-natal eu tava de três meses. Foi quando eu descobri que tava grávida. Aí eu fui logo no médico. Eu fiz ultra-som na... como é que é o nome? Ah, é M. F., me trataram superbem, ninguém sabia né, nem eu sabia. Paguei cento e setenta reais pra fazer, porque eu tinha tomado muito comprimido pra tirar né, também. Daí eu fui fazer pra saber se tava tudo normal, né. Porque daí eu fiquei preocupada de ter um filho deficiente. Quando eu descobri que tava grávida eu tomei remédio desse também. Tomei, mas tomei pouco, tomei quatro.

Daí eu vi que não... não, aí eu pensei que tinha abortado, vim aqui, cheguei aqui não falei nada, fiz o exame, aí o médico mandou eu fazer uma ultra-som pra fazer a curetagem né, daí quando chegou na hora de fazer a ultra-som a médica disse: ah, já, já, vão fazer curetagem em quem? Em perna, pescoço, cabeça. Fiquei bem louca ainda [sorrisos]. Aí eu disse: não, mas não tem nada aí, porque eu sangrei o dia todo! Sangrei um dia todinho. O meu neném é vitorioso mesmo, ele se escondeu lá no cantinho e oh, daqui eu não saio. E aí eu cheguei aqui e não deu pra fazer mais nada [Hera].

Eu não queria essa gravidez, cheguei a tomar o Cytotec, mas não fez efeito. Parece que foi mais vitamina ainda pra ele. Graças a Deus ele é perfeito. Nossa! Passei a gravidez toda preocupada. Eu passei uma gravidez muito tensa, toda a vida nervosa, quase estourando dos nervos... [Ate].

Eu fiquei grávida seis vezes, mas eu tenho cinco filhos e um aborto, né? Esse aborto foi assim: eu tava com falta da menstruação, aí eu fui na farmácia pedi um remédio pra vim. Aí... até foi ingenuidade minha... a moça disse assim pra mim: não, você não quer esse filho? Aí eu disse assim: não, o filho eu não quero, mas também eu quero assim, eu quero tomar um comprimido que se não descer eu não quero que continue a gravidez pra mais tarde não ter problema. Mas com cinco meses eu perdi o neném. Eu acho até... eu não sei por que o remédio que me deram não tinha nem nome, eu acho que era aquele que agora eles usam... um que é pra úlcera. Eu acho que é o Cytotec. Eu cheguei a tomar uns três. Eu acho que foi o Cytotec, não tenho certeza, mas pelo jeito foi, porque com cinco meses é que comecei a perder sangue... aí perdi o neném [Héstia].

Vale lembrar que no Brasil a indução do aborto³⁸ é legalmente permitida somente quando necessária para salvar a vida da mulher ou quando a concepção decorrer de estupro. Apesar das restrições legais, morais e religiosas, a indução do aborto é amplamente praticada, constituindo-se os casos supracitados alguns exemplos. Mas, se de um lado um grande número de mulheres induz ao aborto, por outro existem outras que repudiam a sua prática. Neste estudo, tal situação é relatada por Ártemis e Aglaia:

Tenho o pai dela... porque assim oh, o caso foi assim oh: eu engravidei da minha mais velha antes de... com... com... o pai dela, né? Aí não deu certo, ele tentou matar, eu não quis (quando eu tava grávida ele quis que eu tirasse o neném)... Aí eu não quis, tirar. Eu não quis tirar porque eu... não é o meu... eu não aceito, né, portanto eu podia ter tirado essa. Aí eu disse: não, eu não vou aceitar, eu não quero isso, né, eles não pediram pra ser feito, como se dizer assim, né? E depois quando ela... a minha mais velha tinha um ano, eu conheci o meu... meu marido, né? Aí tive dele a pequena, né, e aquela gravidez tubária que eu tive. Então eu acho assim... não... não... a gente não tem o direito de tá tirando vida. Porque eles não pedem pra vir ao mundo, né? E eu sou do tipo assim oh... que... fez, agora cuida. A responsabilidade é tua [Ártemis].

Quando eu soube que estava grávida eu me apavorei. E agora? Vai sair doente que nem eu. Me apavorei. O que é que eu fiz? Entreguei na mão de Deus. Não, vou deixar vim. Não vou fazer aborto, porque eu nunca fiz aborto na minha vida. Tenho quatro filhos com ela, mas eu nunca fiz aborto na minha vida, Vanda. Então, eu vou

³⁸ Ver estudo realizado por Fonseca et al. (1998), sobre características sociodemográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil.

deixar vim e seja o que Deus quiser. Se tiver que fazer o tratamento, vamos fazer. Não vou amamentar? Não vou amamentar. Vamos dar outro leite, vamos tratar [Aglaiia].

Das 24 mulheres/mães entrevistadas, dispersas nessas diferentes categorias, quinze mencionaram ter tido no decorrer de suas existências de um a três parceiros sexuais, quatro de quatro a cinco parceiros, três de seis a nove e duas com mais de dez parceiros. Em relação a onze dessas mulheres/mães que estiveram sucessivamente envolvidas em mais de uma relação conjugal, foi comum terem filhos de diferentes homens.

No que diz respeito à evidência laboratorial do HIV, dez foram diagnosticadas na gestação atual, sendo que, destas, cinco no pré-natal e cinco no pré-parto, e no parto através do teste reagente, seguido do exame confirmatório. Quanto às demais, seis descobriram em gestações anteriores, incluindo uma no período puerperal, quatro por ocasião de adoecimento de suas filhas e quatro fora do período gestacional. Em relação aos seus parceiros, seis são HIV negativos, oito desconhecem sua condição sorológica e dez são HIV positivos.

Em relação ao modo de exposição ao vírus, todas relataram ter se infectado através de relações heterossexuais desprotegidas, sendo que, destas, duas confessaram ter sido usuárias de drogas e quatro mencionaram o uso de *camisinha* (condom)³⁹, mas alegaram que *na hora estourou*, engravidando sem querer:

[...] ele nunca me disse nada, só que a gente sempre usava camisinha, toda a vida a gente usava camisinha... daí estourou. E estourou uma vez só e eu já fiquei grávida. E agora eu não sei o que vai ser de mim porque eu não quero parar de lutar e eu peço a Deus que... assim... que eu consiga né, porque não é fácil, mas...[Hera].

Fiquei grávida sem querer, eu usava o preservativo só que estourou [Ate].

Eu sempre transei, porque eu nunca... é como eu te falei, jamais eu vou passar pra outra pessoa, entendesse? Então eu sempre uso camisinha, sabe? Mas nesse dia foi aonde estourou a camisinha e eu vim a engravidar, por isso que eu sei que é dele, entendesse Vanda, então é isso, estourou a camisinha, eu engravidei [Aglaiia].

O meu marido atual eu conheci ele, há... no começo de 2002. Foi um relacionamento assim... bem rápido... ele... ele era amigo do meu irmão, ele sabia que eu... o que eu tinha, e... e a gente começou a namorar três meses depois a gente tava casado (sorrisos). Ele não é HIV positivo. A camisinha estourou uma vez só e foi o suficiente pra... pra eu ficar grávida (sorrisos). Nós usamos camisinha [Têmis].

³⁹ É uma capa ou luva feita para cobrir e ajustar ao pênis ereto do homem e é também conhecido como camisinha, preservativo, profilático (HATCHER, et al., 2001).

O uso de condons ou de camisinhas, amplamente divulgado, ajuda a prevenir tanto a gravidez quanto as doenças sexualmente transmissíveis. Quando usados corretamente, impedem que o esperma e os microorganismos contidos no sêmen entrem em contato com a vagina, e do mesmo modo não deixam que microorganismos da vagina penetrem no pênis. Estudos mostram que os usuários de condons têm menos da metade do risco de contrair HIV e, de acordo com Hatcher et al. (2001), a chance de seu rompimento é pequena. Pelo universo de mulheres/mães estudadas, a quantidade destas que relataram o rompimento do condom contraria esta informação, uma vez que o número de ocorrências pode ser considerado significativo. Diante destas situações apresentadas, restaram também algumas dúvidas: será que as entrevistadas realmente utilizaram o condom? E se utilizaram, o fizeram corretamente?

7.2 DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS ÔNTICAS⁴⁰ E PSICOFÍSICAS⁴¹

7.2.1 Percebendo-se como ser-mulher, ser-mãe e ser-mulher/mãe HIV positiva

HEBE – descrição experiencial

[Antes eu me sentia... fazia de tudo e mais um pouco...]

Hebe [deusa da juventude] foi a primeira mulher/mãe, ainda quase menina, que entrevistei no meu estudo. Foi um encontro muito marcante, permeado de muita emoção, levando-me a reflexões que se fizeram fortemente co-presentes durante toda a trajetória do estudo, e acredito que até ultrapassando o período de realização do mesmo, ou seja, para toda a minha existência. O primeiro contato com Hebe foi para mim precedido de sentimentos de ansiedade e apreensão. Enquanto me dirigia para a maternidade para entrevistá-la, eu me questionava: será que ela vai concordar em participar do estudo? Será que eu vou conseguir estabelecer uma relação interpessoal

⁴⁰ Diz respeito à estrutura e à essência própria de um ente, aquilo que ele é em si mesmo, sua identidade, sua diferença em face de outros entes, suas relações com outros entes, ou seja, os entes tomados em sua existência própria (CHAUÍ, 1999, p. 238).

⁴¹ Neste estudo tais características têm fundamento em uma ontologia, que é a fenomenologia, e, mais especificamente, na teoria fenomenológica da expressão de Merleau-Ponty, onde o ser-corpo e o ser-sujeito fundem-se numa mesma unidade e o passado e o futuro redundam num só momento, ou seja, o presente. Ou, como no dizer de Merleau-Ponty (1999, p. 131), “ a união entre a alma e o corpo não é selada por um decreto arbitrário entre dois termos exteriores, um objeto e outro sujeito. Ela se realiza a cada instante no movimento da existência”.

adequada com ela de modo a alcançar os objetivos do estudo? Será que ela concordará com a gravação da entrevista? Fui invadida por essas e outras questões. Para quem conviveu 26 anos diariamente interagindo com mulheres, familiares e acompanhantes, parecia estranho experimentar esses sentimentos, mas acredito que foram inevitáveis. Hoje, retomando o processo da investigação como um todo, percebo o quanto Hebe foi particularmente importante para o desenvolvimento do presente estudo, mas também tive a impressão de que o mesmo foi igualmente importante para ela. Quando a vi pela primeira vez, fiquei profundamente sensibilizada com o grau de tristeza que expressava, não só na fisionomia do seu rosto, mas nos seus gestos, no tom de sua voz, na postura do seu corpo, enfim, na totalidade do seu ser. Parecia frágil, desprotegida, insegura, carente de afeto. Ao retornar para entrevistá-la no final da tarde, encontrei-a sozinha, sentada ao lado de seu leito, chorando muito (verdadeira catarse). Seu bebê encontrava-se dormindo no berço ao seu lado. Após alguns momentos de silêncio, em respeito aos seus sentimentos, convidei-a para nos dirigirmos à pequena sala existente na unidade onde estava internada, para podermos conversar reservadamente. Ela concordou, pegou o bebê carinhosamente no colo e para lá nos dirigimos. Acomodei-a sentada em uma cadeira, e o bebê ela colocou em um berço aquecido existente na sala, pois estava frio (era um dia de inverno e soprava o vento sul na Ilha). Sentei-me também em uma cadeira igual à dela, mantendo-me ao seu lado no mesmo nível, procurando confortá-la e tranquilizá-la, dando em seguida início à entrevista.

HEBE – descrição experiencial 1

[Antes eu me sentia... fazia de tudo e mais um pouco...]

Hebe [deusa da juventude], menina/moça, mulher/mãe, está vivenciando um processo existencial singular, recheado de contradições, desafios e conflitos, acompanhado de medo, insegurança e revolta. No auge da adolescência, onde os sonhos de menina vão adquirindo contornos de mulher, ela experimenta uma dor que talvez poucos suportariam.

É uma jovem de cor/raça branca, estatura média, de boa aparência, cabelos lisos sobre os ombros, sensível, crítica, com um corpo vivido de 19 anos, que está

experienciando pela primeira vez a gravidez e o nascimento de um filho sem ter sido planejado, fruto de uma relação que já não se mantinha mais. Natural e residente no município de Florianópolis, SC, está solteira, estudou até a primeira série do segundo grau e sua religião é a Católica, mas não gosta de freqüentar a Igreja. Reside com seus pais, ambos com 65 anos e já aposentados, e mais uma irmã que é separada e tem dois filhos. A sua família é numerosa, sendo que sua mãe teve dez filhos, dos quais três já faleceram. No momento diz estar desempregada e demonstra preocupação em conseguir emprego futuramente. Embora não explicitasse verbalmente, era à sua condição de HIV positiva que estava se referindo quando mencionava que iria encontrar dificuldades para conseguir emprego, manifestando apreensão e medo quanto aos exames de rotina exigidos pelos empregadores por ocasião da admissão. Seu ex-companheiro (pai do bebê) tem 25 anos, é casado, com nível de escolaridade de segundo grau, trabalha em uma academia, onde é professor de jiu-jitsu. Não assumiu a paternidade do filho.

Enquanto ser-mulher, percebe-se como *sendo igual a todas as mulheres*. É uma pessoa que agora está triste. Quando diz agora, está se referindo desde que soube ***do seu problema*** (do HIV). Só em pensar já sente vontade de chorar, comenta. Percebe transformações profundas no seu modo de ser e existir em decorrência da descoberta de sua condição de HIV positiva: *antes eu me sentia... fazia de tudo e mais um pouco*, era alegre, dançava, saía, estudava, agora, no momento em que soube *disso aí*, foi acabando um pouquinho de cada coisa. Aos prantos, desabafa: ***a gente não imagina que isso pode acontecer com a gente***.

Como ser-mãe, embora tenha referido que durante a gestação pensou em doar o filho, tendo em vista a fragilidade das condições emocionais, sociais e econômicas em que se encontrava para se manter independente e poder criá-lo, isto é, estava desempregada, o companheiro havia lhe abandonado e rejeitado a gravidez, a descoberta de ser portadora do HIV, entre outros, assumiu com responsabilidade o papel materno e o cuidado com o bebê. Com grande emoção declara que pretende ser a melhor mãe, não deixando faltar-lhe nada... *se eu não procurar dar amor pra ele, quem é que vai dar?* Questiona.

Quanto à sua condição de HIV positiva, contraiu o vírus do ex-companheiro, através de relação sexual, e descobriu no quarto mês de gestação (em fevereiro de 2003) ao realizar exames de rotina solicitados durante o pré-natal. Quando soube, a primeira reação foi de querer se matar, mas depois pensou na criança e repensou. Acha que seu companheiro também adquiriu o HIV através de relações sexuais, pois, até onde sabe, ele não é usuário de drogas e também nunca recebeu sangue. Seu pai não sabe que é portadora do vírus, só sua mãe, mais três irmãs e uma sobrinha.

Hebe fez o pré-natal no Centro de Saúde “Delta”, tendo sido acompanhada durante todo o período de gestação, totalizando mais de seis consultas, sendo a primeira realizada dia 31/01/2003. Dia 07/07/2003, às 8h30min, internou na Maternidade “Alfa”, encaminhada pelo Serviço de Ambulatório do Centro de Saúde “Delta”, tendo sido submetida a uma cesariana segmentar transversa, por ser soropositiva para o HIV. Exame da carga viral = 1.800, sem intercorrências, dando à luz um lindo menino.

EUFROSINA – descrição experiencial 2

[Se eu não puder fazer o bem, mal também eu não faço...]

Eufrosina [deusa dos pensamentos alegres e da boa disposição], alegre como a deusa que escolhi para identificá-la, é extrovertida, falante, é de uma espontaneidade singular, demonstra amor e paixão pela vida, alegria em viver. É decidida, aparentemente forte diante dos desafios existenciais, reconhece-se como uma pessoa boa. Tem um corpo vivido de 23 anos, esbelto, de cor/raça branca, estado civil união consensual atualmente desempregada, refere que já trabalhou de balconista, em caixa de supermercado e em outras atividades. Sua escolaridade é de nível superior incompleto, tendo cursado História até a terceira fase, numa universidade privada no Estado de Santa Catarina, e interrompido os estudos pelas contingências da vida, mas pretende retomá-los. Sua orientação religiosa é a Evangélica, mas não frequenta a Igreja. Diz que sua religião é *Deus*. É natural de Tijucas, SC, mas durante muitos anos residiu em Porto Belo, SC. Atualmente reside no município de Florianópolis, SC, com

seu companheiro, dois filhos dele e sua sogra. Seu companheiro tem 30 anos, sua ocupação é construtor e tem escolaridade de nível primário incompleto. Encontra no companheiro o principal suporte para o enfrentamento da problemática do HIV/AIDS.

Quanto à sua família de origem, diz que seus pais são vivos e moram em Tijucas; o pai é pescador e sua mãe é do lar, e que o seu relacionamento com eles é *bem tranqüilo*. Possui três irmãs com idades de sete, oito e 21 anos. Na sua família existe a tradição e o hábito das mulheres amamentarem. Sua mãe amamentou todos os filhos, só não sabe dizer por quanto tempo, mas acha que no mínimo seis meses. Lembra que quando sua cunhada ganhou bebê, foi para a casa de sua mãe que a auxiliava a amamentar, orientando-a para tomar líquido, repousar, cuidar da alimentação, e que a mesma amamentou o menino até dois anos, tirando da amamentação há pouco tempo, e acrescenta: *“e ele é forte, tem uma saúde que meu Deus!”*. Eufrosina nunca amamentou.

Como ser-mulher e ser vivente atada no mundo, o que mais sobressai em sua fala é o sentimento de alguém que *não quer ver o mal de ninguém, e se não puder fazer o bem, mal também não faz*, mas também não admite que lhe façam, adverte. É uma pessoa que se considera feliz, e quando se sente infeliz, procura ocupar sua cabeça para não pensar nos problemas: borda, faz tricô, crochê, faz de tudo e um pouco mais para não pensar, lembrando do que diz sua mãe: *cabeça vazia é oficina do diabo*. Considera-se uma pessoa forte, embora reconheça, como todo ser humano, que já teve muitos momentos de fraqueza. O ser-mulher Eufrosina também faz questão de evidenciar que *é apaixonada, é vida, é determinada, crítica, compreensiva, vaidosa, cativante, carinhosa, diz ser um amor, um caminhão de carinho*. Acredita que o seu modo de ser-mulher vai passar por uma transformação com o processo de ser-mãe: *tem coisa que a gente deixa de fazer, que a gente tem que abrir mão*.

No que diz respeito à sua condição de HIV+, relata que descobriu no oitavo mês da gestação (12/06/2003), ao realizar os exames de rotina no centro de saúde na localidade onde mora, e que sua primeira reação foi começar a rir, por não acreditar: *ai eu disse: não faltava mais nada, positivo? Não, não pode ser!* Depois, chegou a pensar em se matar e em abortar, mas pensou na criança e ponderou. Ao ser questionada sobre o número de parceiros, respondeu que depois do seu marido não teve mais

nenhum, e antes teve o seu ex-noivo e mais uns dois *namoradinhos* com os quais ela havia *transado*, mas com uso de camisinha, e também um companheiro de 45 anos que, segundo seu comentário: *coitado, se botasse camisinha, coitado (risos)*. Diante do resultado, da sua reação e também porque é rotina, a médica resolveu fazer novo exame, solicitando igualmente para o seu companheiro, tendo sido confirmado como positivo o seu e negativo o dele. Logo que soube, ficou desesperada e falou para sua mãe e depois para algumas pessoas da família, de modo que estão sabendo: seu marido, sua sogra, o irmão do seu marido, seu pai, sua mãe e uma de suas irmãs. Todos a apoiaram, mas sentiu-se mesmo fortalecida com o apoio que recebeu do marido.

Eufrosina realizou o pré-natal inicialmente no centro de saúde na localidade onde mora, sendo posteriormente (oitavo mês de gestação) encaminhada para o Centro de Saúde “Delta”. Data da primeira consulta pré-natal: 13/03/2003. Internou na Maternidade “Alfa” dia 13/07/2003, às 8h25min, encaminhada do Ambulatório do Centro de Saúde “Delta” para o Ambulatório da Maternidade “Alfa”. Como a bolsa amniótica rompeu, antecipou a internação para um dia antes da consulta agendada no ambulatório. Foi submetida a uma cesariana segmentar longitudinal por ser HIV+ (sem exame de carga viral recente), dando à luz a um menino, sem intercorrências. É a sua primeira gestação, nega abortos.

Como ser-mãe, percebe-se como sendo uma ótima mãe, já que teve um sentimento que a própria mãe das crianças (referindo-se à mãe dos filhos do seu atual companheiro) não teve, que foi aceitar dois bebês para cuidar, tratando-os hoje como filhos. Na condição de mãe, ressalta ainda que *é muito protetora*, entendendo por protetora *como cuidar o máximo possível, fazer o bem possível, fazer tudo o que for para o bem dele*, e que seria capaz de fazer o *possível e o impossível, ultrapassando as barreiras da impossibilidade para dar tudo para os seus filhos*.

ATE – descrição experiencial 3

[Eu não me sinto muito boa não, agora eu me sinto uma bruxa...]

Ate [deusa da insensatez] é uma mulher que encarna no seu corpo vivido uma

história de desafetos, de decepções, de sofrimento de toda ordem. A entrevista que realizei com Ate foi uma das mais breves. Parecia desiludida demais com o mundo da vida. Seus gestos, sua postura, seu timbre de voz e sua expressão facial eram de indiferença. O nosso diálogo se esvaziou repentinamente, seguido de silêncio, o que para mim sinalizava: *pronto, acabou, eu não tenho mais nada para conversar*. Mesmo assim foi possível perceber que embora Ate seja uma mulher sofrida, amargurada e mal-amada, é sensível, gosta da vida, tem esperanças e uma grande capacidade de sonhar.

Ate é uma mulher mais madura, tem 32 anos, é solteira, de cor/raça branca, atualmente está desempregada, diz que trabalha como costureira em casa, mas tem sido tão pouco procurada que até esquece que é costureira. O local onde vive é de baixa renda, acrescenta. Sua religião é a Católica, mas diz que tem tantos problemas na vida que até esquece de freqüentar a Igreja. Estudou até a sexta série do primeiro grau. É natural de Canoinhas, SC, mas reside no município de Palhoça. Seu companheiro atual não é o pai do neném. Tem 72 anos, com escolaridade de primeiro grau, era açougueiro, mas atualmente está aposentado. Explica que praticamente só moram juntos, porque ele cria as duas filhas pequenas desde que nasceram. Elas o chamam de pai e ele é uma pessoa muito boa, amiga em todas as horas. Comenta que vivem juntos, *mas nem dormir juntos dormem*. Só vivem juntos porque não quer afastá-lo de suas filhas e vice-versa. *E deste modo um ajuda o outro: a gente se entende*, comenta. O pai biológico do neném é advogado, tem 40 anos, mas não sabe onde o mesmo se encontra.

Quanto à sua família de origem, tem dois irmãos e duas irmãs; ao todo são em cinco. Seus pais são vivos, moram juntos em um município do interior de Santa Catarina, mas praticamente não tem muito contato com eles. Sua família é totalmente separada. *Um não procura o outro*. Ate saiu de casa com 14 anos: *ah, eu andei rolando no mundo... trabalhando...* Morou em vários municípios do Estado de Santa Catarina. Praticamente não teve infância. Refere que nunca se deu bem com sua mãe, e queixa-se que a mesma sempre foi muito enérgica com ela. Tanto é que quando tinha 14 anos teve que sair de casa. Nunca teve diálogo e compreensão dos pais. Saiu de casa não por sua opção, mas porque seu pai lhe bateu e falou: *tu sai de casa e não me*

aparece mais. Aí ficou completamente revoltada e saiu. Depois disso, diz que já voltou lá várias vezes, eles conversam, mas sente que não é a mesma coisa. Na época ele a mandou embora *por causa de... por falta de... crise de adolescência*, que, segundo a mesma, ele não soube compreender, deixar passar. *Isso é uma coisa que dá e passa, né?* Comenta que tem uma filha adolescente e que as duas se entendem bem. Sabe que não pode prender e nem liberar totalmente, tendo que ter um certo equilíbrio. Quanto ao relacionamento com sua mãe, queixa-se que não teve carinho algum. Diz que a mesma teimava em fazer *fofoca* dela para seu pai, que acabava lhe batendo. *Era terrível.* Agora procura deixar tudo pra lá, esquecer e seguir sua vida adiante, pensar mais nos seus filhos: *pra mim agora o que importa são os meus filhos, né? Minha família são eles agora.*

Quanto à tradição familiar relacionada à amamentação, comenta que sua mãe amamentou todos os filhos, e também todas as suas cunhadas e irmãs que já são casadas e *cheias de filhos* amamentaram.

Reclama que sua vida amorosa foi toda de decepção. Seu primeiro namorado teve com 14 anos, quando saiu de casa. Mas só foi viver junto mesmo com o pai da primeira filha, aos 19 anos, ficando juntos dois anos. Antes, teve vários parceiros, comentando que foram mais de dez. Depois teve o segundo filho, que veio a falecer por mielomeningocele. Também foi de outro um relacionamento... *aquele foi rápido mesmo.* Diz que mandou o parceiro embora durante a gravidez, porque não dava certo mesmo. Afirma que ele era muito ruim, não queria trabalhar e tratava muito mal a sua outra filha. Então, resolveu mandá-lo embora. Cada filho é de um pai diferente, mas o que ela gosta mesmo é o pai do último neném, embora reconheça que não tem mais chance. Ficou muita mágoa. Conheceu-o há mais de seis anos, e *ele vem e volta, e ele some e volta.* Agora, quando soube que estava grávida, ele chegou a vender o telefone celular para ela não procurá-lo, fala com ressentimento.

Ate realizou o pré-natal no Centro de Saúde “Delta”, tendo feito sua primeira consulta no dia 28/02/2003. Encaminhada do Ambulatório do Centro de Saúde “Delta” para o Ambulatório da Maternidade “Alfa”, para tentar conseguir fazer laqueadura, diz que não conseguiu, o que considerou lamentável. Internou na Maternidade “Alfa” dia 23/07/2003, às 20h, e às 22h23min foi submetida a um parto normal sem episiotomia,

dando à luz a um menino com 3.215 kg, sem intercorrências. Refere já ter três meninas, todas de pais diferentes. Gesta V, Para IV, Aborto 0. Apresenta carga viral de 44.000.

Sobre o ser mulher/mãe, Ate referiu que não se sente uma boa mãe, é muito enérgica, e dentro de casa se sente como uma *bruxa*, pois *grita, briga...* Acredita que age assim pelas contingências do mundo da vida em que seu corpo próprio está atado: são muitos problemas... são problemas de toda ordem: problemas consigo mesma, com outrem, com familiares, financeiros, gestações sequenciais, entre tantos outros. Este seu modo de ser e agir leva-a, através do pensamento, a se aproximar da figura de sua mãe, identificando-se com ela, mesmo que contrariamente à sua vontade: *ai eu boto na minha cabeça que não posso fazer a mesma coisa que ela*. Tem esperança que este modo de ser e agir estejam relacionados com o período gestacional, quando o estado emocional da mulher parece se alterar. Apesar de tudo, se sente feliz, diz ter bons momentos de felicidade.

CLOTO – descrição experiencial 4

[Eu me vejo como uma pessoa boa, perfeita não...]

Cloto [que tece o fio da vida], tal como a deusa que tece o fio da vida, é uma mulher talentosa, um encanto de pessoa. Meiga, delicada, de gestos harmoniosos, demonstra uma maturidade que vai além do seu tempo vivido. Com uma auto-estima elevada, sente que é feliz, que gosta de si, é vaidosa, porém reconhece que no momento nem tanto por causa da gravidez. Adora seu trabalho, e como mãe se sente muito realizada. É protetora demais e se considera uma *mãezona*. Tem 23 anos, cor/raça branca, é solteira, mas mantém uma união estável. Estudou até a sétima série do primeiro grau, sua ocupação atual é de artesã, trabalha em um ateliê de pintura. Faz pintura em madeira, gesso e cerâmica. Sua religião é Católica. É natural e residente em Florianópolis, SC. Seu companheiro tem 32 anos, estudou o primeiro grau completo e trabalha como mecânico. Quanto à sua família de origem, tem três irmãos e mora com os pais, porque no momento estão construindo uma casa. Ela está morando com seus

pais e o companheiro com os pais dele. Seu relacionamento com os familiares é tranqüilo, e sua mãe é bastante compreensiva e amiga. Acompanhou-a em todo o período em que esteve internada na maternidade e tem lhe dado muito apoio. Sua mãe amamentou todos os filhos até cerca de seis meses.

Em relação à sua condição de HIV+, diz que contraiu do seu marido através de relação sexual. Ele era usuário de drogas. Antes de se conhecerem, ele já tinha usado droga injetável, mas depois deixou de usar. Ela engravidou e após dois anos é que descobriu que tinha adquirido o vírus quando sua filha começou a apresentar quadros de pneumonia, tendo que ser internada. Durante sua internação foi investigado e diagnosticado que era HIV+. Na ocasião, Cloto também fez o exame, comprovando. Durante a gravidez dessa filha havia feito o exame, mas o resultado tinha dado negativo. No que diz respeito à sua reação face ao resultado, não sabe se estava misturando o momento da filha que se encontrava muito mal na UTI, não se importando com mais nada, só querendo que ela ficasse bem. Então esta situação acredita que até a ajudou. Acha que foi o jeito mais fácil de aceitar e superar. Viu que ela ficou bem e também começou a se tratar. Em relação às pessoas que sabem que é HIV+, diz que em sua família quem sabe é a sua mãe, mais uma tia e uma prima. Seu pai e seus irmãos não sabem, e na família dele todos sabem.

Cloto fez o pré-natal em um consultório particular, sendo a sua primeira consulta em 10/03/2003, tendo realizado mais de seis consultas. Internou na Maternidade “Alfa” no dia 23/07/2003, às 8h25min, e às 14h30min foi submetida a uma cesárea segmentar transversa, dando à luz a uma menina com 2.815 kg. Diz que já tem uma menina de seis anos. Gesta II, Cesárea I há seis anos, Aborto 0. Como ser-mulher, percebe-se como uma pessoa boa, embora reconheça que não é perfeita. Sente-se bem, gosta de si e é feliz. Adora o trabalho que faz.

DEMÉTER – descrição experiencial 5

[Eu sou uma pessoa muito boa...]

Deméter [deusa da colheita] é uma mulher ainda muito jovem, que traz co-presente um conhecimento imanente do mundo da vida, diferente de muitas mulheres

de sua idade. Sensível, madura, com espírito generoso, embora com apenas 20 anos, fala como se já tivesse feito um longo percurso no seu existir. Estado civil solteira, mantém um relacionamento consensual de aproximadamente cinco anos. É de cor/raça branca, loira, de estatura média, boa aparência, e no momento está desempregada. Estudou até a sexta série do primeiro grau. Não tem nenhuma religião, mas de todas as orientações religiosas, prefere a Evangélica. Natural de Balneário Camboriú, SC, reside no município de Florianópolis, SC. Seu companheiro tem 20 anos, estudou até a primeira série do segundo grau e trabalha com o pai na área da construção civil. Uma particularidade que me chamou atenção em Deméter é que ela possui cinco tatuagens no corpo: uma grande na perna esquerda (tribal), uma grande no abdome (também tribal), uma na nádega (borboleta), uma outra menor nas costas (coração) e outra no quadrante superior da mama D, uma *luazinha*, diz que adora lua. O que interpretei como vontade de se sentir diferente, singular.

Em relação à sua família de origem, seus pais são vivos, mas estão separados desde seus três anos de idade, quando seu pai deixou de viver com sua mãe. Considera o relacionamento com seu pai não muito bom, porque ele já tem outra mulher e constituiu outra família. Sua mãe é quem a criou e com ela se dá muito bem. Do relacionamento do seu pai com sua mãe tem três irmãos, e da sua mãe com seu padrasto tem mais três. Conta que um dos irmãos do relacionamento do seu pai com sua mãe ela perdeu no ano passado. Ele era usuário de drogas, tinha 15 anos e morreu baleado com cinco tiros. Foi lá no Paraná, acrescenta. Sua família é de Florianópolis, mas quando seus pais se separaram foram morar com sua mãe no Paraná. Sua mãe é costureira e recebe uma pensão do seu avô. Atualmente Deméter está em Florianópolis morando com uma tia sua, mas provisoriamente, pois alega que veio para cá só por alguns meses para receber uma herança de seu pai a que tem direito, já que o mesmo nunca pagou pensão. Deve em breve retornar para o Paraná, onde mora com o marido e um casal de filhos: um menino de quatro anos e uma menina de três anos. Diz estar sentindo muitas saudades deles.

No que refere à sua condição de HIV+, diz que contraiu do seu companheiro através de relação sexual. Ficou sabendo durante as poucas consultas (apenas duas) que fez no pré-natal. Fez o exame dia 10/06/2003 e recebeu o resultado dia

24/07/2003. Quando recebeu a comprovação, ficou muito abatida, deitada, chorando, se martirizando e pensando... Chegou a perder três quilos em uma semana. Não conseguia se alimentar, mas se obrigou porque senão iria matar o neném. A única pessoa de sua família que sabe que é HIV+ é sua tia, irmã de sua mãe, que também é soropositiva. Identifica-se muito com ela, porque a mesma também só descobriu quando seu tio ficou muito doente e teve que ser internado: *um pouco, se não fosse ela eu acho que eu não tinha... eu... alguma c.... eu tinha feito eu acho*. Seu companheiro não sabe da situação e ainda não sabe se vai contar para ele: eu sei que se eu *contar pra ele vai pegar no psicológico dele e eu vou me incomodar. Então eu vou deixar... deixar rolar, entendeu?* A exemplo do que acontece com as outras mulheres, desabafou: *só que eu nunca podia imaginar que isso ia acontecer comigo... porque a gente imagina pros outros... não que a gente imagina pros outros, a gente sabe que acontece com outras pessoas. A gente nunca se imagina acontecendo aquilo, né. Foi isso que aconteceu...*

Como ser-mulher/mãe, Deméter percebe-se como uma pessoa muito boa, que não nega nada para ninguém, mas procura distinguir a quem deve ou não ajudar. É ciumenta e às vezes também é agressiva. Ama seus filhos, é extremamente protetora e capaz de matar por eles. Gosta de vê-los bem cuidados, limpos e arrumados. Adora ficar com eles e, na sua existência, ocupam o primeiro lugar na escala de prioridades.

Ao discorrer sobre sua trajetória existencial, relata que já foi usuária de drogas, tendo experimentado todos os tipos, mas isso quando era mais jovem. Conseguia com seus amigos. Conheceu muita gente, traficantes e usuários. Teve contato com cocaína, craque, maconha e outros nomes, outras misturas que eles fazem, comenta. Mas nega ter sido viciada, porque não fazia uso diário, só usava mais no final de semana, quando iam *pro som, se divertir*, e também quando saía com *a galera*.

Quanto ao relacionamento com parceiros, perdeu a virgindade aos 15 anos com um rapaz que namorava. Comenta que só perdeu a virgindade com ele, e logo em seguida o mesmo terminou o relacionamento e foi embora. Depois conheceu o seu marido, com quem convive até hoje, embora com alguns momentos de crise e separação.

Deméter internou na Maternidade “Alfa” dia 29/07/2003, às 22h30min, encaminhada do Ambulatório da Maternidade “Alfa” para interrupção da gestação por via alta (cesárea), após dose de ataque e manutenção de anti-retroviral, com diagnóstico de retrovirose há uma semana. Sem cartão de pré-natal e sem exame de carga viral recente, quando estava no pré-parto recebendo medicamentos anti-retrovirais entrou em trabalho de parto, não havendo mais tempo para realizar cesárea. Foi submetida a um parto normal, sem episiotomia, após dose de ataque de AZT. Deu à luz a um menino vigoroso, pesando 3.650 kg, à 1h15min, sem exame de carga viral recente e sem intercorrências. Gesta V, Para II, Aborto II. Nenhuma cesárea anterior.

HERA – descrição experiencial 6

[Eu me acho legal porque eu gosto de ajudar todo mundo...]

Hera [rainha e companheira do poder], talvez a mais forte das deusas, é uma mulher de fibra, de ânimo e de coragem para enfrentar as adversidades do mundo da vida, as quais não têm sido poucas no percurso do seu existir. É bastante comunicativa, espontânea, compreensiva, solidária, excêntrica e crítica. A maneira de se expressar, os gestos verbais e não-verbais e a linguagem que utiliza na comunicação estão impregnados de significados e valores que revelam, de modo marcante, traços da sua subjetividade e do seu mundo vivido.

Extremamente sensível, demonstrou labilidade emocional chorando várias vezes durante a entrevista. Apresenta algumas contradições em sua fala. A relação intersubjetiva com a pesquisadora foi estabelecida de modo satisfatório. Vários contatos foram mantidos com a pesquisadora durante o longo período em que permaneceu internada na maternidade (bebê pré-termo). Hera foi uma das entrevistadas que muito me marcou pelo seu jeito especial e espontâneo de ser. Pareceu-me uma mulher guerreira, batalhadora e muito sofrida. Aprendi muito com ela. Em nossos diálogos ela usava com frequência a expressão *como diz o ditado*, mesmo sem caber no momento ditado algum, mas que se transformou em um código que me fazia e sempre fará associar à sua pessoa. Lembro-me que, certo dia, cheguei na maternidade e percebi que Hera estava diferente, mais produzida, com um roupa mais incrementada. Eu disse que estava muito bonita, e ela me respondeu, sorrindo:

que nada, não fala pra ninguém, como diz o ditado, isso é do brechó. Muitas coisas compartilhamos juntas, e em nossos encontros existenciais a relação dialógica Eu & Tu, de acordo com minha percepção, atingiu sua expressão máxima de efetividade e autenticidade.

Hera tem 34 anos, cor/raça negra, é viúva, sendo que seu primeiro marido faleceu atropelado há seis anos. Estudou até a oitava série. Começou a trabalhar muito cedo, tinha 14 anos, ocasião em que seu pai faleceu. Diz que é cabeleireira, mas também é autônoma, tem uma lanchonete. Sua religião é Católica. É natural do município de Tijuquinhas, SC, mas reside em São José, SC. Tem uma particularidade que me chamou a atenção: tem polidactilia, ou seja, 24 dedos, um a mais em cada mão e em cada pé. Seu companheiro atual tem 31 anos, trabalha como armador/ferragem na área da construção civil, com escolaridade de primeiro grau completo.

No que diz respeito à sua família de origem, diz que seu pai era policial civil e faleceu de um derrame quando ela tinha 14 anos. Quanto à sua mãe, que era cozinheira profissional e continua viva, mantém um bom relacionamento e diz serem muito amigas. Ao todo são dez irmãos, sendo três mulheres e sete homens. Lembra que sua infância foi muito difícil, mas tinha muito carinho dos seus pais. Fala com emoção e um misto de tristeza que seu pai a amava muito, sendo que o que mais marcou sua infância foi o amor de seu pai. Quando ele faleceu, sofreu muito, chegou a ficar doente, tendo até que tomar calmante, ressalta. Atualmente mora na sua casa com seus dois filhos. Seu companheiro não mora com ela, ou seja, cada um vive em sua casa, explica. Só que agora, enquanto está na maternidade, todos estão na casa dela: os dois filhos dele e os dois dela.

Quanto à tradição familiar em amamentar, diz que as mulheres da sua família amamentam, mas pouco. A sua mãe e suas irmãs amamentaram por pouco tempo, porque sempre tiveram que trabalhar.

Quanto aos relacionamentos com outros parceiros, diz que teve a primeira relação sexual com 15 anos, com seu primeiro namorado, e foi quando ficou grávida pela primeira vez. Ficou vivendo com ele, mas depois não deu certo e o deixou. Mais tarde ele veio a falecer e ela ficou muito triste.

Em relação à sua condição de soropositiva, como gosta de ser tratada, contraiu do companheiro atual através de relação sexual. Acredita que ele contraiu através do uso de drogas injetáveis, já que as usava antes, comenta. Acha que ele também não sabia, porque nunca falou sobre este assunto. Descobriu que é soropositiva no momento do parto, afirmando que quando o médico lhe falou, ficou *gelada, passada... tudo passou pela minha cabeça...* No momento só quem está sabendo é seu companheiro porque estava presente no momento da cesárea, e sua sogra. Sempre usavam camisinha, *toda a vida a gente usava camisinha... daí estourou.*

Fez o pré-natal numa clínica particular, mas diz que o médico não solicitou exames, o que é de estranhar. Internou na Maternidade “Beta” no dia 17/07/2003, às 20h39min, e foi submetida a uma cesárea segmentar transversa dia 24/07/2003, às 7h19min da manhã, dando à luz a um menino pré-termo com 1.100 kg. Diz que já tem dois meninos: um de 17 anos e outro de cinco anos, e com esse é o terceiro. Gesta IV, Parto Normal I, Cesárea I há seis anos, Aborto I (provocado). Carga viral desconhecida no momento da cesárea. Internou pelo serviço de emergência com diagnóstico de bolsa rota. Recebeu alta hospitalar em 12/09/2003.

Ao falar de si enquanto ser-mulher, Hera percebe-se como uma pessoa boa, que gosta de ajudar os outros, embora acredite que não possa ajudar a si própria, ou se pode, é pouco. É vaidosa, lutadora, batalha bastante. De modo geral é alegre, gosta de conversar, de cuidar de si e de sua casa. Como ser-mãe, percebe-se como bastante *coruja*. Adora seus filhos e gosta que eles andem bem-arrumados e comam bem, preocupando-se muito com eles.

AIDOS – descrição experiencial 7

[Eu sou uma pessoa bem simples, bem humilde, eu não tenho ambição de nada.]

Aidos [deusa da modéstia], mulher de alma pura, com a ingenuidade de uma criança. É meiga, de fala doce e gestos corporais delicados. Considera-se uma pessoa boa demais, não sabendo dizer não para os outros, o que, a seu ver, é um defeito e tanto. E não falta quem lhe julgue, dizendo: *ah, tu não podes ser assim porque tem gente que se aproveita da bondade dos outros.* Comenta que gosta de fazer os outros

sorrir, mas considera-se uma pessoa bem triste, desconhecendo a causa, uma vez que já teve muitas razões para ser triste, mas hoje em dia só tem motivo para felicidade.

Aidos tem 21 anos, é de cor/raça negra, estado civil união consensual atualmente está desempregada e diz que já trabalhou como servente. Estudou até a sétima série do primeiro grau. É católica. É natural e residente no município de Florianópolis. Seu companheiro tem 33 anos, é de cor branca e trabalha como autônomo – serviços gerais.

Em relação à sua família de origem, diz que seus pais são divorciados desde seus cinco anos de idade, e que hoje em dia cada um já constituiu nova família e tem filhos. Do relacionamento de seu pai com sua mãe tem um irmão. Dos novos casamentos de sua mãe e de seu pai tem mais irmãos. O relacionamento com o pai e a mãe não é bom, pois, no que se refere ao pai, diz que ele sempre acata a opinião de sua mulher, e que eles também não se dão bem com ela; e quanto à sua mãe, diz que ela não é de ficar a favor dos filhos e sim do marido, *e é aí que a gente se desencontra né? E aí fica nessa.*

Quanto à tradição familiar em relação à amamentação, comenta que sua mãe amamentou todos os filhos, bastante filhos. Lembra dela dando de mamar porque a ajudava. Era a filha mais nova, ficava em casa e a ajudava.

Teve seu primeiro namorado com 15 anos. Aos 17 anos engravidou, sendo a gravidez rejeitada por sua mãe. Era muito nova, apesar de já trabalhar e ter sua liberdade. Como a mãe não aceitou, procurou seu pai, que também não lhe ajudou. Sem contar com o apoio de ninguém, inclusive do pai do neném, que dizia que o filho não era dele, resolveu buscar ajuda numa casa maternal no Paraná, onde ficou e ganhou o filho sozinha, sem o pai do neném e sem sua mãe, *sem nada, sem ninguém.* Permaneceu lá uns doze dias e retornou para Florianópolis, mas também não sabia onde ficar: *eu fiquei rondando, rondando... e fui parar na casa da madrinha dele hoje.* Depois trabalhou e refez sua vida. Ficou morando de aluguel até comprar sua própria casa. Conheceu seu marido no serviço, no primeiro dia de trabalho. Comenta que eles (a família dele) são *a família* que não teve, e que estão juntos há três anos. Parou de trabalhar no primeiro mês que soube que estava grávida. Foi demitida por justa causa sob a alegação que faltava muito. Fez exame e foi atrás de um advogado buscar seus

direitos. Até agora alegaram muita falta e que não sabiam de sua gestação. Depois que conheceu seu marido, acha que se completaram. Os dois se entendem bem, apesar *desse problema* (referindo-se ao HIV).

Como ser-mulher, percebe-se como uma pessoa bem simples, humilde, não tendo ambição alguma. Só pensa em melhorar um pouco de vida, poder trabalhar e sustentar seus filhos. O que mais gosta é a simplicidade e a vontade de ajudar as pessoas. Percebe-se também como uma pessoa boa demais, e que faz o que gosta. É muito sensível: *tem dia que tô rindo, mas lá por dentro só Deus sabe*, confessa.

Quanto à sua condição de HIV+, diz que contraiu do companheiro atual através de relação sexual. Comenta que o mesmo nunca escondeu a possibilidade de ter, mas só que ele tem medo e nunca fez o exame. Também não falou para ninguém da família dele e *confiou em... foi coisa assim... por isso que eu digo que foi coisa mágica mesmo, pegou, confiou, contou pra mim*. Então combinaram que se ele tivesse não iria abandoná-lo e vice-versa e iriam se tratar. E foi assim... Ficou tendo certeza na gravidez. Fez o exame no centro de saúde perto de sua casa, e quando chegou o resultado a coordenadora lhe informou que era soropositiva. Isso foi no terceiro, quarto mês de gravidez. Não gosta de lembrar desse dia: *foi horrível, a médica nem... nem me preparou... ela chegou assim e já disse na lata. Chorei um monte... e logo já pensei na morte*.

Relata que seu marido manteve relação com uma mulher que já era soropositiva há muitos anos, e que a mesma até se cuidava, mas depois, por causa de um problema com os filhos, relaxou. Parou de tomar os medicamentos e veio a falecer. Era namorada dele. Depois que ela faleceu, temendo saber que poderia ter, não se relacionou com mais ninguém. Ficou uns seis, sete meses sem ninguém, e depois os dois se conheceram. Quem sabe que é HIV positiva é sua sogra, sua cunhada, a madrinha da sua filha e do seu filho. Para sua mãe não contou e nem pensa em contar, porque é muito preconceituosa.

Realizou o pré-natal no centro de saúde na localidade onde mora, tendo feito mais de seis consultas. Aidos internou na Maternidade “Beta” dia 04/08/2003, às 22h36min, e às 23h33min foi submetida a um parto normal, dando à luz a uma menina

com 2.190 kg. Já tem um menino de três anos. É a sua segunda gestação, dois partos normais, nenhum aborto e nenhuma cesárea. Carga viral 45.

Como ser-mãe, percebe-se muito carinhosa e dedicada; uma mãe bem presente e bastante feliz.

No dia seguinte, após sua alta da maternidade, fui informada pela equipe de enfermagem da unidade que Aidos havia levado sua filha para mamar no peito de outra mãe que estava internada no quarto ao lado do seu, que prontamente concordou em amamentá-la. Fui conversar com a mesma, que me disse:

Ela veio e pediu pra mim amamentar o neném dela porque ele tava chorando de fome. Aí quando eu fui dar, a enfermeira chegou. Ele não chegou a chupar. A enfermeira disse que não podia o neném mamar, né, por causa do leite. Daí ela explicou pra mim. Mas ele não chupou, quando ela botou a boca a enfermeira chegou. Aí ela já falou que eu não podia deixar... dar de mamar [NO].

Diante dessa situação apresentada, passei a prestar mais atenção a esta possibilidade e percebi que, apesar de bastante enfatizada a contra-indicação do aleitamento materno cruzado, ainda assim ele ainda ocorre. Do episódio também extraio um questionamento: o que é que move o ser-mulher/mãe, diante da privação do ato de amamentar, ao levar seu filho para ser amamentado por outra desconhecida?

HÉSTIA – descrição experiencial 8

[Sou uma pessoa que me acomodo...]

Héstia [deusa da espiritualidade], mulher que sofre de males psicofísicos e sociais, utilizando a acomodação como forma de proteção, tendo a falsa sensação de segurança, mas que em troca percebe que sua existência bem como a dos que a cercam se deteriora um pouquinho a cada dia, pois, embora tenha consciência de ver cerceada sua liberdade, parece faltar-lhe coragem de mudar e descobrir novos rumos, novas maneiras de lidar com o mundo e estar no mundo. Extremamente fragilizada, profundamente insatisfeita com o ambiente, com as condições e as pessoas que a cercam, agredida nos seus desejos e necessidades, temerosa e infeliz, apresenta dificuldades em mobilizar sua estrutura interna para enfrentar as adversidades do seu processo de ser e viver no mundo.

Héstia tem 33 anos, é de cor/raça branca, casada, atualmente está desempregada e diz que já trabalhou em casa de família quando era solteira. Refere não ter religião, mas frequenta a Católica e a Testemunha de Jeová. Estudou até a sexta série do primeiro grau. É natural de Florianópolis, mas reside no município de Palhoça. Seu companheiro tem 37 anos, é de cor/raça branca, estudou até a quarta série do primeiro grau e é pintor de parede.

Como ser-mulher, percebe-se como uma pessoa acomodada, que não é de ir à luta, imobilizada pelas circunstâncias familiares e sociais. Diz que no mundo da vida se acostumou a perder.

No que diz respeito à sua família de origem, Hestia diz que seus pais são vivos, mas estão separados há muito tempo. Sua mãe trabalha como servente em uma escola pública estadual e seu pai já é aposentado por acidente de trabalho, quando perdeu dois dedos da mão; hoje ele cuida de uma chácara. Sua família é numerosa, tendo oito irmãos: seis homens e duas mulheres. Quem a criou foi sua mãe, e só veio a saber como era seu pai depois, *quando mocinha*. A lembrança que tem de sua infância é boa, mantendo uma relação amigável com sua mãe, e embora reconheça que a mesma nunca lhe bateu, não recebeu muito carinho dela. Reclama que a mãe não foi de brincar com ela, e que sente vergonha de ficar sem roupa na sua frente de e beijá-la: *é mais fácil eu beijar outras pessoas do que dar um beijo nela*. Aos 17 anos diz que se *juntou* com o seu companheiro, mas somente mais tarde é que se casaram. Sua primeira relação sexual foi com ele quando tinha 17 anos, e com 18 ficou grávida. Só teve um parceiro sexual que foi seu marido, que é usuário de drogas, mas diz que quando o conheceu ele só usava maconha, e que só depois de um tempo, após o nascimento do menino, é que ele começou a *cheirar* cocaína com o irmão e a agitar. Durante um bom tempo morou na casa da sogra. Hoje diz que tem um cantinho mas não é dela, mora no mesmo terreno da casa da sogra, onde tem uma casa para ela e seus filhos.

Quanto à tradição familiar em relação à amamentação, diz que sua mãe amamentou todos os seus irmãos até tarde. A sua irmã caçula foi amamentada até cinco, seis anos.

Em relação ao diagnóstico de sua condição de HIV+, se deu no momento do parto à sua revelia, pois se recusou em realizar o teste rápido. Diante da sua negativa, o médico solicitou a realização do exame em seu recém-nascido, sem a sua devida autorização, o que a deixou de início profundamente revoltada.

No momento em que lhe disseram que o exame do neném tinha dado positivo, diz que ficou *igual a uma doida*. Confessa que sempre teve preconceito com pessoas que têm o HIV/AIDS, e hoje se dá conta que está acontecendo com ela própria. Acredita que adquiriu do marido através de relação sexual e acha que ele se contaminou através do uso de seringa, já que é usuário de drogas. O único culpado disso é ele, desabafa. Conta que ele bebe às vezes, e que quando está meio embriagado fala: *ah, se um dia eu souber que eu tenho alguma coisa e souber que passei pros meus filhos, eu sou capaz de me matar*. Por isso não quer que ninguém saiba, nem seu marido Além disso, também tem receio que ele fale com alguém; ela não quer que ninguém saiba, tem muito medo do preconceito.

Fez o pré-natal no posto de saúde no bairro onde mora, sendo que a primeira consulta foi realizada no quarto mês de gestação. Realizou menos de seis consultas neste período. Internou na Maternidade “Beta” dia 06/08/2003, às 3h31min, e às 5h31min foi submetida a um parto normal, dando à luz a uma menina com 3.380 kg. Diz que já tem, com esse, cinco filhos: um menino de 14 anos, outro com 12 anos, uma menina com oito anos, outra com quatro anos e agora o (RN). Sexta gestação, um aborto e todos os partos foram normais.

Como ser-mãe, percebe-se como uma mãe carinhosa e protetora, mas não dá muita liberdade para os filhos, acreditando que é por estar morando com outras pessoas. Reconhece que às vezes é braba e está sempre preocupada com eles.

No início da entrevista Héstia mostrou-se um pouco retraída, depois foi se descontraindo e foi possível estabelecermos uma relação interpessoal autêntica. Demonstrou total despreparo para enfrentar a situação de HIV+, negando a todo o momento tal condição, já que se sente culpada e com muito medo. Durante a entrevista chorou várias vezes; está visivelmente fragilizada sem o apoio familiar para enfrentar a situação. Ao final disse-me que gostou muito de ter conversado sobre o assunto.

ATENA – descrição experiencial 9

[Eu me vejo como uma pessoa que dá muita importância pra família...]

Atena [deusa da sabedoria e da realização profissional] é uma mulher jovem, de boa aparência, discreta, culta, com boa capacidade de entendimento, bastante tranqüila e equilibrada. Tem voz suave e seus gestos são delicados. É meiga, educada, sensível e crítica. Dá muito valor para a estrutura familiar. Tem 30 anos, é de cor/raça branca, casada, com escolaridade de nível superior, Curso de Pedagogia, e trabalha como coordenadora em uma escola. É católica. É natural e residente no município de Florianópolis. Seu companheiro tem 36 anos, é de cor/raça branca, com nível de escolaridade superior e é professor de Educação Física.

Sua família de origem é pobre. Seus pais são separados e tem mais quatro irmãos. Conta que seu pai foi usuário de drogas por muito tempo e tem dois irmãos que acabaram seguindo o mesmo exemplo e *caíram nisso também*; um deles está preso. Admite que houve uma época de sua vida que se sentia culpada porque todo mundo a considerava a *perfeitinha*. Diz que não se considera assim, mesmo porque acredita que perfeita ninguém é. Foi criada pela sua avó materna desde os nove meses, de quem recebeu toda a educação e a quem é muito grata, mas também reconhece que, em parte, deve ao seu esforço pessoal em querer ser diferente. Experimentava sentimentos de culpa pelo que seus irmãos tinham se tornado, até por todo o laço afetivo que tem com eles. Sentia-se culpada por *não ter caído em... na vida, em drogas e fazer tão pouco por eles, e eles não se ajudarem*. Daí, quando soube da sua situação de HIV+, por algum tempo diz que se sentiu aliviada, como se tivesse saído aquela culpa que sentia pelo envolvimento de seus irmãos com o mundo das drogas. Diz que se questionava: *por que que comigo estava tudo bem e com eles não?* E aí se deu conta que uma coisa tão ruim por um momento tinha sido tão útil para que se sentisse aliviada, e a fez pensar: *não, eu não sou como todo mundo diz, perfeita, né?* Em relação à sua mãe, diz que sempre batalhou muito sozinha, que trabalhou de cozinheira e às vezes de faxineira, e seu pai trabalhava de motorista de caminhão, de ônibus. Sua infância, enquanto viveu com sua avó, foi *super feliz*, e sabe que eles têm adoração por ela. Seu avô faleceu quando ela tinha três anos, mas sua avó juntamente com uma tia que é sua madrinha é que praticamente lhe educaram, por isso as reconhece como mãe.

Sua mãe às vezes lhe cobra pelo fato de ir na casa delas e não na sua, e aí ela explica: *não é que eu não goste de ti, existe amor, eu sei que tu és minha mãe e sou feliz porque tu me deste a vida, por teres me colocado no mundo, mas eu não tenho culpa, a minha convivência foi lá.* Então reconhece que o laço afetivo maior acha-se enraizado lá. Com sua mãe não teve tanto vínculo e também houve uma época, quando tinha por volta de sete anos, que o seu pai, que já fazia uso de drogas, *tentou... alguma coisa* com ela. *Ele tocava os meus seios, né?* Diz que era quando ele estava drogado. *Aí ele dizia que tava me testando, pra ver se um dia quando eu tivesse um namorado eu ia fazer aquilo.* Às vezes fazia questão de tomar banho na minha frente... E depois que ele começou a fazer isso, ela não teve mais prazer algum em ir pra casa de sua mãe. Nunca teve coragem de contar isso pra elas.

Quanto à tradição familiar em relação à amamentação, comenta que não é tradição as mulheres amamentarem. Acredita que é porque são de um tempo em que não se tinha essa preocupação com a importância da amamentação. Pensa que sua mãe até sentia vergonha, porque lembra, quando pequena, que os seus irmãos pediam, por exemplo, dentro do ônibus ou em algum lugar público para mamar, mas ela tinha vergonha de levantar a roupa e dar de mamar, interrompendo a amamentação. Diz que não foi amamentada no peito porque, na época, os médicos falaram para sua mãe que ela tinha nascido com dois dentinhos e a gengiva ficou muito inchada, e que diante disso sua mãe não fez qualquer esforço para amamentá-la. E sua madrinha, com que teve maior convivência, também teve problemas na cesárea e *caxumba*. Na época, ficou muito inchada, o que dificultou a amamentação. Além disso, também tinha aquela história: *ah, ele não tá pegando o peito, o leite é fraco, daí passaram pra mamadeira também.*

Sobre o ser-mulher/mãe, Atena percebe-se como alguém que dá muita importância para a família, para os laços familiares, talvez por não ter tido uma família estruturada como imaginava. Percebe que é uma pessoa bastante calma, esforçada, persistente e com uma energia muito boa. Como ser-mãe, reconhece que sempre quis ter filhos e se pudesse teria mais; adora ser mãe.

Quanto à modalidade de transmissão, acredita que adquiriu o HIV através de relação sexual, mas não sabe de qual parceiro. Do seu marido sabe que não foi, porque

seu exame é negativo. Ficou sabendo por causa da gravidez. Na primeira gravidez, quando foi aconselhada a fazer o exame, e como fez todos os outros exames, não teve nenhuma dificuldade em realizar esse. Até porque, pensava como tantas outras: *sabe aquela história, que a gente pensa que nunca vai acontecer com a gente?* Quando o médico solicitou o exame, encarou com muita naturalidade, porque não cogitava essa possibilidade, já que todas as pessoas com as quais havia se relacionado eram pessoas aparentemente corretas, de boa família, de boa índole, então nunca teve essa preocupação. Depois, quando ele repetiu o exame, teve muita esperança de não ser, e mesmo quando veio o resultado, custou a acreditar. A única pessoa da família que sabe da sua condição HIV+ é seu marido, mais ninguém. Com o tempo concluiu que se não tivesse contraído o vírus, *hoje não daria valor à vida, ao respeito pelas pessoas como eu dou. Assim... então... é a gente crescer com uma coisa negativa. Então, é fazer aquela coisa tão ruim, tão negativa se transformar em algo bom na tua vida. Canalizar pro positivo.*

Realizou o pré-natal em consultório médico conveniado com a Unimed; foi tranqüilo. Fez mais de seis consultas. Atena internou na Maternidade “Beta” dia 07/08/2003, às 21h19min, e às 23h33min foi submetida a uma cesariana, dando à luz a um menino com 3.510 kg. Diz que já tem um menino de quatro anos e meio. É sua segunda gestação e a segunda cesárea. Nenhum aborto anterior. Carga viral no terceiro trimestre da gestação = 2.400.

Quando no início da entrevista falei do objetivo do estudo, Atena de imediato lembrou que durante a noite havia um bebê num outro quarto que chorava muito e a enfermeira comentou que era porque sua mãe não queria amamentá-lo. Diz que sentiu vontade de levantar e *dar-lhe uns tapas*; ela querendo tanto amamentar e não podendo e essa mãe podendo e não querendo fazê-lo. Durante nosso encontro, demonstrou serenidade, certa maturidade e equilíbrio diante da situação vivenciada, embora em vários momentos também se emocionou profundamente e chorou.

Atena internou na Maternidade “Beta” dia 07/08/2003, às 21h19min, e às 23h33min foi submetida a uma cesariana, dando à luz a um menino com 3.510 kg. Diz que já tem um menino de quatro anos e meio. É sua segunda gestação e a segunda cesárea. Nenhum aborto anterior. Carga viral no terceiro trimestre da gestação = 2.400.

ANANKE – descrição experiencial 10

[Eu sou o que eu sou...]

Ananke [deusa da necessidade] é uma mulher de aparência simples, bastante espirituosa, bondosa e de uma ingenuidade infantil. Tem 22 anos, é de cor/raça branca, casada, estudou até a sexta série do primeiro grau, é faxineira e é católica. É natural de Irineópolis, SC, mas reside em Forquilhas, São José. Seu companheiro tem 36 anos, é de cor branca, estudou até o primeiro grau completo e trabalha como artesão (escultura em madeira). Em relação à sua família de origem, fala que seus pais já são aposentados. Eles trabalhavam na lavoura. Seu pai completou 70 anos e sua mãe vai fazer 59. A sua relação com eles foi *legal*, comenta. Até esses dias estava dizendo: *ah, eu fico tão sentida de ver essas meninhas de rua aí, porque desde os meus dez anos eu já trabalhava pra ajudar o pai e a mãe, antes deles se aposentarem, né?* Lá mesmo, onde eles moram, ela começou a trabalhar numa casa de família cuidando de uma criança, até que veio para cá, porque tem uma irmã que mora aqui há doze anos com uma família. Até uma época trabalhou uns seis, sete anos na casa dessa família, para ajudar seu pai e sua mãe, e não se arrepende, porque o que faz de bom não se arrepende. Refere que ajudou muito seus pais. Sua família é numerosa, tendo um total de oito irmãos vivos: cinco mulheres e três homens, fora os que já morreram.

Quanto à tradição familiar em relação à amamentação, diz que era hábito de sua mãe, sendo que seus oito filhos foram amamentados. Costumava amamentar bastante pois considerava importante, sendo que ela própria o fez até quase os cinco anos (sorrisos). E tem coisas que não esquece: a sua irmãzinha, por exemplo, mamou até quase os dez anos.

Como ser-mulher, o que se sobressai na sua fala é: *eu sou o que eu sou*. É autêntica, dizendo que gosta de mostrar o que é e que não costuma esconder o seu modo de ser. Gosta de ficar no seu lugar, ser honesta, ser bem alegre, mas reconhece que às vezes está triste, então... *o dia que tô alegre, tô alegre, o dia que tô chateada, fico na minha, não sou de sair discutindo com todo mundo, porque eu acho que ninguém tem culpa do que a gente tá sentindo, do que a gente passa.*

No que diz respeito à sua condição de HIV+, ficou sabendo na primeira gestação, em 2001. Já tinha ouvido falar que toda gestante tem que fazer o exame no pré-natal. Assim, fez vários exames, porque às vezes dava negativo e outras positivo. Foi no terceiro mês. Acredita que se infectou através de relação sexual com seu marido, porque foi seu único parceiro sexual. Quando descobriu, seu marido também não sabia. Diz que ele foi chamado pelo HEMOSC (Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina), onde costumava doar sangue, e lá ficou sabendo. Ele teve outros relacionamentos, era casado, já teve uma esposa e tem uma filha de 15 anos. Só quem sabe que é soropositiva é o seu marido, a sua irmã que mora aqui e a família onde trabalha. Quando soube, ficou muito triste, chateada.

Fez o pré-natal no Ambulatório da Maternidade “Beta” e sua primeira consulta foi em 09/04/03. Ananke internou dia 14/08/03 na Maternidade “Beta”, às 22h01min, sendo que às 23h35min foi submetida a um parto normal sem episiotomia, dando à luz a uma menina com 2.950 kg. Já tem uma menina de dois anos e um menino de um ano e dois meses. É sua terceira gestação, sendo que todos os outros partos foram normais. Não teve nenhum aborto. Carga viral = 486 em maio de 2003. No prontuário há a seguinte observação: “não conseguiu usar anti-retrovirais na gestação por desenvolver alergia na gestação a todos os anti-retrovirais tentados. No parto, usar AZT como em todas as outras pacientes com HIV e associar corticóide”.

Sobre o ser-mãe, Ananke se apropria do seu modo de ser mãe como modelo a ser seguido pela filha. Diz que é muito *boba* para os filhos, é dedicada e gosta de cuidar deles.

ÁTROPOS – descrição experiencial 11

[Eu me vejo como uma pessoa com muitas manias...]

Átropos [deusa que corta o fio da vida] é uma mulher de boa aparência, delicada, aparentemente enigmática, vaidosa, sensível e sonhadora. Tem 28 anos, é de cor branca, católica, diz ser casada há 10 anos, com escolaridade de segundo grau completo. Trabalha como secretária em um escritório de advocacia. É natural de um município do interior do Rio Grande do Sul e reside em Florianópolis, SC. Seu

companheiro tem 36 anos, é de cor/raça branca, com nível de escolaridade superior, com Curso de Direito, e exerce sua profissão de advogado.

No que diz respeito à sua família de origem, diz ser filha única, sendo que seu pai é de origem alemã e sua mãe é brasileira, natural de um município do interior de Santa Catarina; seu pai é do Rio Grande do Sul. Eles estão juntos e moram aqui em Florianópolis. Diz que um ano depois de sua vinda para cá, trouxe-os também. Seu pai fez 60 anos e sua mãe tem 54. Ele é autônomo e sua mãe é do lar, sempre foi dedicada ao lar. A família do seu marido mora, toda, no Rio de Janeiro. Seu sogro é dono de um cartório e sua sogra é do lar também. Alega que o relacionamento com seus pais foi sempre bom, sem problemas. Teve uma infância boa, nunca teve dificuldades com pai alcoólatra, pois na sua família ninguém tem vício de fumar nem beber. Nos finais de semana costumam ir com as crianças para a casa dos pais, *onde almoçam, comem um churrasquinho, e tomam um chimarrão*. É uma vida assim. A sua mãe não veio visitá-la na maternidade porque está cuidando das crianças. Diz que casou aos 19 anos, e o *único parceiro sexual que eu tive foi meu marido. Não tive outros namorados*.

No que se refere à tradição familiar relacionada à amamentação, diz que sua mãe a amamentou até cerca de três meses, porque apresentou uma bronquite asmática e teve que ser internada no hospital por uns dois meses, e com isso parou de mamar, mas sua mãe comenta que tinha bastante leite.

Quanto à sua condição de HIV+, ficou sabendo na maternidade, no período do pré-parto. Acha que contraiu o vírus através de relação sexual com o seu marido. Como ele contraiu, não sabe. Imagina que também tenha sido através da via sexual, porque, até onde o conhece, ele não usa droga, pelo menos que saiba, não; só se ele usou quando morava no Rio de Janeiro, mas isso também não sabe. No momento, só quem sabe é ela mesma e o pessoal da maternidade, os médicos e as enfermeiras, mais ninguém. Pensa em não contar para sua mãe porque *ela junta o HIV e a morte como uma coisa só*. Então, ela vai lhe aconselhar: *larga dele, estragou com a tua vida, acabou com a tua vida...* Ao ser informada pela equipe da sala de parto, refere que foi bem difícil lidar com a situação: *a gente espera que aconteça com os outros, tá sempre olhando e vendo pessoas dando entrevistas [...] e a gente sempre tira a possibilidade de acontecer com a gente aquilo que tá acontecendo com os outros*.

Ao falar de como se percebe como ser-mulher, diz que é uma pessoa com muitas manias. É alguém que quer vencer na vida, ver os filhos bem, trabalhar e ter sua profissão. É bem possessiva, não gosta que peguem suas coisas, é ciumenta e sensível.

Átropos realizou o pré-natal no Ambulatório da Maternidade “Alfa”, onde fez mais de seis consultas em todo o período. Internou dia 18/07/03 na mesma maternidade, às 20h55min, sendo que às 22h30min foi submetida a um parto normal sem episiotomia, dando à luz a uma menina com 2.250 kg Diz que já tem um menino de nove anos, outra menina de oito anos e mais uma menina de três anos e meio. É sua quinta gestação, sendo que todos os outros partos foram normais. Teve um aborto (espontâneo) anterior. Sem carga viral, em função de o diagnóstico do HIV+ ter sido feito através de teste rápido no momento do parto.

Como ser-mãe, percebe-se como *derretida*, não gosta de bater nos filhos, *não executo*, como ela mesma diz. Não admite que alguém faça qualquer coisa com seus filhos; é protetora e cuidadosa com eles.

NIKE – descrição experiencial 12

[Acho que eu sou uma vitoriosa...]

Nike [deusa da vitória], realmente pareceu-me uma mulher vitoriosa. Exemplo vivo de persistência e autodeterminação, conseguiu superar a si mesma, libertando-se de um mundo que para muitos se transforma num caminho sem volta. Sente-se feliz, sua auto-estima está elevada e tem a virtude de reconhecer e valorizar os progressos que fez no percurso do seu existir. Tem 34 anos, é de cor/raça branca, casada há quatro anos e estudou até a terceira série do primeiro grau. Atualmente trabalha como faxineira. Já trabalhou em empresas de médio porte na região da Grande Florianópolis, só que diz que nessa época ainda não era HIV soropositiva. Sua religião é a Católica. É natural de Florianópolis, mas reside num município vizinho. Seu companheiro tem 32 anos, é de cor/raça branca, estudou até a oitava série do primeiro grau e trabalha como pedreiro.

Sobre sua família de origem, Nike relata que seus pais são separados desde seus 15 anos, e considera que isso foi como um *empurrão* para ela se desviar do bom

caminho, já que é a filha mais velha. Eram em seis irmãos, mas hoje são mais porque seu pai casou com outra.

Em relação à sua condição de HIV+, sua família não tem preconceito. Recentemente ficou sabendo que uma irmã dos seus irmãos, de 16 anos, também é HIV+.

Refere que até os 15 anos viveu com os pais e que sua infância não foi muito boa, porque foi uma infância pobre. Recorda que ia para a escola, e que como filha mais velha não teve muito carinho; o que tinha mesmo era maior responsabilidade para cuidar dos outros irmãos. Mas também se lembra de muitas coisas boas, como o Natal, os presentes... Atribui à sua inserção no mundo das drogas a separação dos seus pais na adolescência e as companhias também. As companhias porque no começo, quando passou a frequentar os clubes com as suas amigas, tinha uma que o namorado fumava maconha. Na hora em que tocavam aquelas músicas lentas, todos saíam para a rua. Certo dia, comenta que saiu com os amigos e viu que estavam fumando maconha. Outro dia foi junto e fumou. Quando se deu conta, já estava fumando. Fumou uma vez e, quando percebeu, já estava fumando direto. Começou pela maconha, depois vieram aquelas *cubinhas* dentro do clube, cuba, cerveja. Quando foi ver, já tinha se tornado alcoólatra. Estas vivências parecem estar fortemente co-presentes no seu aqui e agora.

Quanto à tradição familiar em relação à amamentação, acha que sua mãe amamentou os filhos, mas não tem certeza.

Teve seu primeiro namorado aos 13 anos. Com 16 anos teve a primeira relação sexual, quando perdeu a virgindade. Esse relacionamento durou mais ou menos um ano. Após isso teve o pai de sua filha [a menina de 15 anos]. Depois que teve a sua filha e descobriu que era portadora do vírus, tentou manter relacionamento, relação sexual, explica, só com outros homens que fossem também HIV+. Lembra que nessa fase usava mais droga e bebia mais do que tinha relação: *assim... bebia mais, usava mais droga do que... transava*. Ao todo teve uns cinco ou seis parceiros antes do seu companheiro atual. Seu companheiro, também o conheceu na rua, na época em que viviam na rua. Depois que o conheceu, ele foi embora para um município do interior do Estado e ela foi fazer tratamento numa clínica. Quando retornou depois de uns anos, ela precisou de um pedreiro para fazer uma reforma em sua casa, e coincidiu que

ele foi fazer o serviço. De lá para cá começaram a ficar juntos. Ele é bem carinhoso, calmo e até bom demais, ressalta. Também é portador do vírus. Ele se contaminou através do uso de drogas e teve um irmão que também usava drogas injetáveis e morreu com HIV positivo.

Como ser-mulher, percebe-se se sentir muito bem sem vícios, considera-se uma vitoriosa e se ama, demonstrando auto-estima elevada.

Nike internou na Maternidade “Beta” dia 30/08/2003, às 7h42min, e às 8h41min foi submetida a um parto normal, dando à luz a um menino com 2.220 kg. Diz que já tem um menino de três anos, uma menina de 15 e outro menino de oito. É a quinta gestação. Teve um aborto a que atribuiu como causa ter feito grande esforço físico ao pegar uma escada para limpar os vidros, já que foi no dia seguinte que abortou. Carga viral no terceiro trimestre da gestação = 2.255 e CD 4 = 990.

Como ser-mãe, percebe-se como uma boa mãe, é prestativa, gosta de cuidar dos filhos, é carinhosa e, às vezes, é braba.

Ao terminar a entrevista me dirigi ao Posto de Enfermagem e lá estava o obstetra sentado na sala de prescrição. Chamou-me a atenção o fato de ele questionar ao pessoal de enfermagem da unidade, após ter realizado a visita médica à Nike, o motivo de ela não estar amamentando. Logo pensei: ele foi lá, passou visita, conversou com Nike e nem sabe que ela não está amamentando por ser HIV positiva? Automaticamente intervi e disse-lhe o motivo, a que reagiu muito surpreso.

IRINA – descrição experiencial 13

[O que eu mais gosto em mim é saber entender as pessoas]

Irina [deusa da paz] é uma mulher aparentemente tranqüila, sensível, com auto-estima elevada, e diz que o que mais gosta no seu modo de ser é poder entender as pessoas. Tem um espírito solidário e sente-se uma mulher feliz. Tem 35 anos, é casada, cor/raça mulata, estudou até a quinta série do primeiro grau. Já trabalhou como camareira, em restaurante, mas atualmente está desempregada. Sua religião é Evangélica. É natural e residente no município de Palhoça. Seu companheiro tem 37 anos e estudou até a quinta série do primeiro grau.

No que diz respeito à sua família de origem, seus pais são vivos, sendo que seu pai tem 74 anos, e é bem mais velho que sua mãe que tem 54. Tem 12 irmãos, sendo que dois já morreram. Sua infância não foi feliz, e acha que é porque seus pais tinham muitos filhos e seu pai era muito ruim. Ele freqüentemente batia nos filhos. *Quer ver quando eu fiquei grávida mesmo, mãe solteira*, comenta. Acha que sua mãe é mais compreensiva.

Em relação à tradição familiar relacionada à amamentação, sua mãe amamentou todos os filhos. Se fora bastante, não sabe, mas ela amamentava. Lembra dela amamentando. Comenta que teve até uma criança, uma menina, que faleceu no peito dela mamando. A criança nasceu em casa, e, quando estava mamando, subitamente parou de respirar, ela foi olhar, pensando que tinha se afogado com o leite, e estava morta *por causa da água do parto. Porque ela bebeu a água do parto, né? Ai... ela morreu no colo dela, a menina*.

Sua primeira relação sexual foi com 19 anos com o pai do seu filho de 15 anos, sendo que depois ele morreu (o pai do seu filho). Em seguida teve um outro relacionamento, mas só que com esse diz que não teve relações sexuais e que não deu certo porque ele teve que viajar. Depois conheceu o seu marido, com o qual vive há 12 anos. Descobriu que era soropositiva quando engravidou de sua filha que está com três anos. Fez o exame durante o pré-natal, mas só recebeu o resultado após o parto, chegando à amamentá-la por um período de seis meses, interrompendo quando soube do resultado. Ao saber, comenta que ficou apavorada, chorando muito. A médica, ao lhe dar a notícia, disse: *tu tens AIDS e tu sabias que quem tem AIDS morre se não se cuidar?* Diz que foi um choque, e começou a chorar. Foi horrível, ela não disse que era o vírus do HIV, já foi dizendo que era AIDS, reclama. Falou que era uma doença incurável, e que se a mesma não tratasse iria morrer. Seu companheiro também ficou depressivo, já não comia mais, só vivia jogado, deitado. Depois foi se levantando, ajudando-o, e agora está se cuidando. Seu companheiro também fez o exame, mas negativou. Acredita que contraiu o vírus do pai do seu primeiro filho, o de 15 anos, que, inclusive, já havia falecido, com causa desconhecida. Todos os seus filhos fizeram o teste e apresentaram resultado soronegativo. Quem sabe da sua condição de HIV+ é

sua cunhada, seu marido, e da sua família quase todos sabem. Da família dele, só essa cunhada que é irmã do seu marido.

Como ser-mulher, percebe-se como uma pessoa calma, não é braba, é alegre, mas reconhece que às vezes passa por momentos de tristeza. Tem muita paciência, sente-se feliz em ajudar os outros, e o que mais gosta em si mesma é *saber entender as pessoas* e poder ajudar.

Irina internou na Maternidade “Beta” dia 29/08/03, às 8h41min, com 38,5-39 semanas de gestação e indicação de cesariana, sendo submetida a uma cesariana com ligadura de trompas às 23h40min, dando à luz a um menino. Comenta que é a sua sexta gestação, tendo com o atual companheiro quatro filhos vivos: um menino de 15 anos e meio, uma menina que tem 12 anos, outra menina que tem três anos e agora o neném. Refere que teve um aborto e uma filha que morreu de acidente com 11 meses. Ela estava no colo do pai que caminhava na rua e um carro o pegou no acostamento, ela voou muito longe. G VI, P III e PC II. Carga viral: 15.000 (terceiro mês de gestação). Fez pré-natal no Ambulatório da Maternidade “Beta”, sendo sua primeira consulta aos três meses de gestação. Sobre o ser-mãe, Irina percebe-se como uma mãe coruja, protetora, cuidadosa e que dá carinho.

AGLÉIA – descrição experiencial 14

[Eu sou calma, sou na minha, eu sou muito fechada...]

Agléia [deusa da esplêndida beleza] vive o nascimento do seu primeiro filho, resultante de uma gravidez não planejada e no início rejeitada. É fruto de um relacionamento afetivo com seu namorado, que se recusa a reconhecer e assumir a paternidade. Tem 22 anos, é de cor/raça branca, solteira e estudou até o segundo ano do segundo grau. Trabalha como recepcionista. Sua religião é a Católica. É natural de Santa Isabel, PR, mas reside no município de São José, SC. Seu companheiro tem 24 anos, é de cor/raça branca, tem curso superior completo em Direito e trabalha como advogado.

Sobre sua família de origem, relata que seus pais se separaram há anos, quando tinha sete anos. Agora seu pai tem outra família e sua mãe ficou com sete filhos, quatro mulheres e três homens, sendo todos casados. Dos filhos é a caçula. Sua mãe

mora sozinha e reconhece que a ela passou muito sacrifício para criar todos os filhos. Ela tem 62 anos e seu pai 74. Ela teve que lutar muito. Depois todos os filhos casaram, ficando apenas ela de filha, sendo que moravam juntas. Em seguida, sua mãe vendeu a casa para ajudar uma irmã que havia se separado e foi morar com ela até comprar outra. Foi quando resolveu morar com sua irmã. Agora sua mãe fica lá na casa dela e nos finais de semana os filhos vão ficar com ela. Sua família não é muito unida e *que sempre rola aquelas fofocas de família, mas o resto é tudo normal*. Até onde se lembra, sua infância foi bem tranqüila. Teve sempre muito carinho de sua mãe, mas agora, depois que ficou grávida, nota que a mesma se apegou a ela ainda mais, e que sempre comenta que esse neto é tudo pra ela. Comenta que ela veio ontem na maternidade umas dez vezes – ela sempre ia e voltava, ia e voltava –, e pegou férias para poder ficar em casa e lhe ajudar. Percebeu o quanto ela lutou para tentar lhe ajudar. Quando contou para ela sobre a gravidez e que não iria se casar, diz que ela não interferiu, respeitou, e falou: *tu sabes o que tu fazes, só que eu quero assim... sempre saber do que tá acontecendo*. Diz que sempre contou tudo para ela, mantendo uma boa relação.

Com relação à tradição familiar referente à amamentação, diz que sua mãe amamentou todos os filhos. Teve todos os partos no domicílio, sendo todos normais. Foi amamentada bastante tempo, e todas as suas irmãs também amamentaram.

Quanto aos parceiros sexuais, comenta que teve poucos namorados e que manteve relações só com o namorado atual e um outro. Com o outro sempre usou camisinha, afirmando ter certeza de que adquiriu do seu namorado atual: *ele também é todo vaidoso, gosta de sair, ele é bonito... É novo, tem 24 anos. Se formou agora. Que eu saiba, ele não é usuário de drogas. Mas ele é muito galinha. É daqueles que pega a primeira assim...*

Agléia também ficou sabendo que é HIV+ no Centro Obstétrico quando estava dando à luz a seu filho. Foi internada para indução do parto, já que tinha completado 42 semanas de gestação. Relata que foi questionada se já havia feito o exame anti-HIV, respondendo que sim, mas que estava sem o resultado porque não tinha ido buscar. Assim sendo, realizaram outro exame na hora, percebendo um movimento na sala que a deixou desconfiada, sendo que logo em seguida a médica se aproximou e

informou que havia dado positivo e que iria repetir o exame. Diz que ficou apavorada e sentiu vontade de desistir, de sair dali, mas a médica logo lhe informou que “teria que submetê-la a uma cesárea para não prejudicar seu neném”. Diz que chorou durante todo o parto (começou a chorar, não conseguia falar). Disse-me chorando que ainda não havia contado para ninguém e que não estaria pronta para contar. Quanto à sua reação no momento em que soube, relatou ainda que logo imaginou: *vou ter o meu filho e pouca demora eu vou morrer. Quando me disseram, eu fiquei olhando sério, fiquei sem reação, parecia assim que tinha apagado tudo. Aí eu fiquei pensando: meu Deus, não pode!*

Agléia fez pré-natal no centro de saúde no bairro onde morava, sendo sua primeira consulta em 21/02/03, com um mês e meio de gestação. Em maio de 2003 foi solicitado o teste anti-HIV, só que não teve acesso ao resultado. Internou na Maternidade “Beta” dia 02/09/2003, às 9h02min para indução do parto (41 semanas), e as 11h55min foi submetida a uma cesariana, dando à luz a um menino com 3.520 kg. Este é o seu primeiro filho e sua primeira gestação. Gesta I, Para 0. Não teve nenhum aborto anterior. Carga viral desconhecida, porque soube de sua condição de soropositiva no momento do parto.

Sobre o ser-mãe, Agléia disse-me que no início rejeitou a gravidez, mas que depois foi se apegando ao bebê e agora reconhece que ele mudou a sua vida e que não saberia mais viver sem ele.

HYBRIS – descrição experiencial 15

[O que eu tenho que falar eu falo, eu não mando recado...]

Hybris [deusa da soberba, do orgulho], mulher reservada, cheia de medos e de mistérios, tem 31 anos, cor branca, solteira, com escolaridade de segundo grau e trabalha como vendedora. É católica. É natural e residente no município de Florianópolis, SC. Seu companheiro tem 29 anos, é de cor branca, com escolaridade de segundo grau completo e trabalha como operador digital.

Quanto à sua família de origem, seus pais são vivos, sendo que seu pai tem 65 anos e trabalhava na pesca, e a sua mãe tem 63 anos e trabalha em casa, é do lar e nunca trabalhou fora. Tem oito irmãos, sendo quatro homens e quatro mulheres.

Considera que teve uma infância muito boa, tendo ótimas lembranças. Foram tantas coisas, mas acha que o que mais marcou na sua convivência com os pais e sua família foi a sua infância. Lembra com saudades das brincadeiras sadias, e que foi criança até os 15 anos. Hoje reconhece que não existe mais isso. Brincou de boneca até os 15 anos. Hoje com 11, 10 anos, já estão namorando. Cada um quer ter vida própria, e na sua época não era assim. Era... bastante brincadeira, curtia bastante, lembra com saudades. Realmente tem boas lembranças da sua infância. Sua mãe era carinhosa e, apesar de ter oito filhos, dava atenção para todos. Quanto ao seu pai, comenta que não convivia muito com ele, porque como ele trabalhava na pesca vinha umas duas vezes ao mês em casa. Então era a sua mãe quem cuidava dos filhos. Refere ter um bom relacionamento com os irmãos.

No que se refere ao relacionamento sexual, teve a sua primeira relação com 20 anos. Antes do atual companheiro teve uns três parceiros sexuais. O seu companheiro também é HIV+, mas não sabe como contraiu. Acredita que ele já tinha, mas não conversam sobre o assunto. Ao falar sobre sua reação face ao resultado do exame, foi diferente das outras mulheres, dizendo que não ficou chocada porque poderia ser coisa pior, como o câncer, por exemplo.

Quanto à tradição familiar relacionada à amamentação, diz que sua mãe amamentou todos os filhos e que todas as suas irmãs também amamentaram. Não sabe quanto tempo foi amamentada.

Quanto à sua maneira de ser e estar no mundo, percebe-se como alguém que tem um temperamento forte, uma pessoa amável, sincera, vaidosa, carinhosa, e que o que tem para falar, fala, não manda recado. Diz que gosta de tudo em si, do seu modo especial de ser. Reconhece que tem amor próprio. Coloca-se em primeiro lugar, pensando primeiro em si e depois nos outros. Se alguém lhe prejudica, logo descarta.

Hybris internou na Maternidade “Alfa” dia 2/09/2003, às 23h50min, com 39 semanas de gestação e com indicação de cesariana. Foi submetida a uma cesariana às 3h50min do dia 3/09/2003, dando à luz a um menino com 3.500 kg. Diz que é a sua segunda gestação e que teve um aborto anteriormente. Gesta II, Aborto I.

Sobre o ser-mãe, Hybris percebe-se como muito carinhosa e dedicada, uma mãe bem presente e bastante feliz: *ele (o filho) é o amor da minha vida*, declara.

ÁRTEMIS – descrição experiencial 16

[Eu gosto de mim do jeito que eu sou...]

Ártemis [deusa da aventura e da liberdade] é uma mulher madura, aparentemente segura de si, independente, autodeterminada, comunicativa e de bem com a vida. Tem 33 anos, cor/raça branca, solteira, estudou até a quarta série do primeiro grau, é católica e trabalha como empregada doméstica. É natural de Garopaba, SC, mas reside em Biguaçu, SC. Seu companheiro tem 31 anos, é de cor/raça branca, com escolaridade de segundo grau completo e trabalha como caminhoneiro.

Em relação à família de origem, seus pais são vivos, sendo que seu pai tem 65 anos e é pedreiro. A sua mãe é aposentada, tem 61 anos e trabalhava em restaurante. Eram treze irmãos: duas irmãs falecidas e onze irmãos vivos. São todos casados e moram em Santa Catarina, só que em bairros diferentes. Seus pais são separados há mais de vinte anos e diz que sua mãe é quem criou os filhos sozinha: *todos pequenos, tudo de escadinha. Eu com três, já me atrapalho, imagina! (sorrisos)*. Comenta que *agora veio essa, claro que agora, apesar de tudo, ela... é pequenininha né, quer dizer... mas... Ela é toda saudável... ela é toda... né, ela é toda perfeita, graças a Deus. É isso que a gente quer*.

Da sua infância guarda uma lembrança que lhe marcou profunda e negativamente. Diz que foi vítima de abuso sexual de seu pai: *eu tive um... um abuso sexual do meu pai. E... até hoje... eu não me dou com ele*. Essa é a sua mágoa... O resto... Com a sua mãe sempre foi *legal*. Ela era carinhosa, *ela não... é igual... eu tirei essa herança de batalhar sozinha pela minha mãe*, porque ela também teve seu pai que nunca sustentou os filhos, só os tirava de dentro de casa. Batalhou sozinha para sustentar os filhos desde pequenos. Reconhece que até hoje ela é uma mãe coruja, porque os filhos estão sempre lá *grudados* com ela, e se não fosse não iriam procurá-la. Ela já sabe que a filha está na maternidade, mas não veio visitá-la porque tem que cuidar do padrasto e também porque está doente, não pode *pegar vento, e como está muito frio desde ontem...* Até a sua irmã perguntou: *a mãe não teve aqui?* Diz que explicou: *não tem nem condições dela vir, o meu padrasto amputou o pé e não pode ficar sozinho*.

Sua primeira relação sexual de “verdade” teve com 14 anos. De verdade queria dizer que foi de espontânea vontade, em função da violência acometida pelo seu pai. Depois disso teve muitos *namoradinhos*, como todas as meninas, mas um relacionamento mais sério, não.

Em relação à sua condição de HIV+, tem certeza de que contraiu do ex-marido, com o qual viveu dez anos. Descobriu na última gravidez durante a realização do pré-natal, bem no início, em janeiro/2003. Começou o tratamento no centro de saúde da localidade onde mora, e aos quatro meses foi encaminhada para o Ambulatório da Maternidade “Alfa”. Acha que o ex-marido não sabe que é portador ou finge que não sabe, porque tentou explicar e conversar com ele e *não quis dar bola*. Disse-lhe que era muito sério, que os seus exames *tinham dado ruim*, e ele *não quis saber*. Com certeza ele contraiu através do sexo, pois ele já teve outros relacionamentos, explica. Acha que está sendo difícil porque a sua família também não sabe, só duas irmãs é que sabem.

Quanto à sua reação face ao diagnóstico, diz que chorou muito. Quando fez o primeiro exame levou um choque, mas não ficou desesperada porque tinha uma possibilidade de negativar. Quando recebeu o segundo resultado sentiu um desespero na hora, ficou em pânico e entrou em depressão.

Sobre o ser-mulher Ártemis, disse-me que gosta de ser do jeito que é, e que percebe-se como uma pessoa calma, vaidosa, bonita, que gosta de trabalhar e, como outras já falaram, *não gosta de fazer o mal a ninguém, só que entrei num barco que quase afunda* (estava se referindo ao fato de ser HIV+).

Ártemis internou na Maternidade “Alfa” dia 10/09/2003, às 9h15min, com indicação de cesariana. Foi submetida a uma cesariana às 14h35min do dia 03/09/2003, dando à luz a uma menina com 3.100 kg. É a sua quarta gestação, tendo história de uma gravidez tubária anteriormente. Gesta IV, P II, A I e C I. Tem três filhas [treze anos, sete e a R. N.]. Como ser-mãe, percebe-se como sendo do tipo *corujona*, que se preocupa com as filhas e cuida bem delas. Sente-se feliz na função materna. Faz questão de ressaltar que tenta não ser igual à sua mãe, procurando dialogar com as filhas, coisa que sua mãe não fez com ela.

O encontro com Ártemis foi bastante tranquilo, a entrevista fluiu bem, num clima de cordialidade mútua. Ártemis é bastante espontânea e crítica, apesar do nível de escolaridade. Demonstra bastante carinho com a filha. Expressa-se verbalmente com facilidade e coloca nas palavras diferentes tonalidades, acentuando aquelas que quer dar maior ênfase. Aparentemente é uma pessoa discreta.

AGLAIA – descrição experiencial 17

[Eu não faço mal pra ninguém, eu sou uma pessoa muito boa, eu quero ajudar todo mundo...]

Aglaia [deusa brilhante, a de brilho único], à primeira vista, é uma pessoa comum, sem nada de muito especial. Devagarzinho, ao desvelar o seu mundo e o seu modo de ser enquanto ser engajado no mundo, percebo lenta e gradativamente a sua grandeza e o seu brilho singular. Mulher que luta, labuta, chora, ri, se assusta, ama, sofre, tem sonhos e esperança, e não se cansa de viver... Quer apenas ser feliz, amar e sentir-se amada. Com apenas 33 anos já é avó. É de cor/raça branca, solteira e escolaridade de primeiro grau completo. Trabalha como diarista, faxineira, e nunca teve carteira assinada. Sua religião é Católica, mas frequenta a Igreja Adventista perto de sua casa. É natural e residente no município de Florianópolis. Seu ex-companheiro (o pai da R. N.) tem 41 anos, é de cor branca, trabalha como desenhista e tem escolaridade de segundo grau.

Quanto à sua família de origem, comenta que seu pai faleceu de enfarte há um ano e que sua mãe é viva, tem 58 anos, e mora no mesmo terreno que o dela. Ele tinha 66 anos e morreu cedo porque teve problemas de saúde muito sérios: *teve pontes safena e três derrames*. Diz que seu pai foi uma pessoa muito doente, e *no final ficou de fralda, mamadeira*. Sua mãe lhe dá muito apoio, dá força. Só que para *ela a AIDS não é nada*, e que *o HIV não é nada*. Se duvidar, ela acha que a pressão alta dela é mais grave do que a sua doença, desabafa. Ela sempre foi do lar. Sempre cuidou de uma tia doente. Tem cinco irmãos e já perdeu uma irmã com AIDS. Diz que a mesma nunca se tratou e que também era usuária de drogas, *bebia, fumava, cheirava, ela usava drogas*. *Bebia muito: bebia muito conhaque, daí o baço, o fígado apodreceu e fez uma cirurgia, tirou um pedaço do fígado... do baço... Costuraram ela que nem um*

porco. Levou sete dias, ela morreu, comenta com emoção. Fala com admiração de sua mãe, identificando-a como *guerreira, muito guerreira, batalhadeira*. Cuidou de sua irmã e também está cuidando de Aglaia. A sua irmã morreu antes do seu pai. Faz um ano que ele faleceu, e ela faz quatro. Mora na sua casa com seus dois filhos e, agora, com o neném que acabou de nascer. O seu filho mais velho casou e mora com a sogra, e sua mãe mora no mesmo quintal que o seu, *colado* na sua casa.

Quanto à tradição familiar referente à amamentação, diz que na sua família todas as mulheres têm o hábito de amamentar: *isso já é de família, assim de querer amamentar*.

Em relação aos parceiros sexuais, Aglaia diz que teve a sua primeira relação com 15 anos. Foi com o pai dos seus filhos. Casaram, tiveram três filhos, e após sete anos se separaram. Está separada há 12 anos. É a idade da sua filha, complementa. Teve outros parceiros, por isso contraiu o vírus. Sabe de quem *pegou*, mas diz que ele já morreu. Ele também adquiriu através do sexo, porque droga injetável, nunca ficou com quem usava: *eu não... pra mim não. Só com doença transmissível sexualmente, com droga não*. Faz cinco anos que tem o vírus. Depois dele, teve uns quatro parceiros. Ficou com um, um ano, e com outro, seis meses. Diz que até tentou casar de novo. E agora o pai do neném é um rapaz que conheceu quando foi trabalhar durante o último verão num hotel no interior da Ilha. Desconhece a condição sorológica dele, e diz que sempre usa camisinha, mas nesse dia *a camisinha estourou e engravidou*.

Na sua família todos sabem que é *soropositiva*. Os seus vizinhos, onde mora, todos sabem. Não nega para ninguém, dizendo que assume: *Vanda, eu não sou que nem essas pessoas que têm o vírus e fica se fazendo. Ah, porque eu não tenho, porque eu sou isso... sabes? E ainda fica tirando uma em cima da cara da gente. Eu sou, sou, fazer o quê?* Os seus filhos também sabem que é soropositiva, são saudáveis e cuidam muito de Aglaia. Ficou sabendo há cinco anos e confessa que quando soube logo pensou em morrer: *daí... o mundo caiu na minha cabeça, eu pensei que ia morrer... Aí então o mundo, parece que caiu na minha cabeça... Poxa eu sou HIV+? Não, eu tenho AIDS, eu pensava assim comigo. Já logo eu já fui na AIDS*.

Enquanto ser-mulher, Aglaia percebe-se também como alguém que não faz mal a ninguém, é uma pessoa boa, muito querida onde mora, quer ajudar todo mundo,

procura levar a vida para frente, sofre com a discriminação, tenta sobreviver, *tocar o barco pra frente*, quer viver a vida, trabalhar, tocar a vida, poder viver bastante para criar seus filhos, tentando esquecer que é HIV+ e dizendo estar *preparada pra tudo*. Gosta de si, é muito cuidadosa consigo mesma e admite ser vaidosa.

Aglaia fez o pré-natal no centro de saúde da comunidade onde mora, sendo sua primeira consulta em 11/04/2003. Internou na Maternidade “Alfa” dia 23/09/2003, às 9h30min, com indicação de cesariana por ser HIV+. Foi submetida a uma cesariana às 15h30min do dia 23/09/2003, dando à luz a uma menina com 2.710 kg. Diz que é a sua quarta gestação e nega abortos anteriores. Gesta IV, A 0. Ao todo tem quatro filhos: um com 18 anos, outro com 15 anos, uma menina de 12 anos e, por último, a R. N. CD 4 133 (28/04/2003) e carga viral 2.300. Evidência laboratorial do HIV+ há cinco anos.

Sobre o ser-mãe, Aglaia percebe-se como uma mãe coruja, muito cuidadosa e exigente com os filhos, ama-os de paixão, mas ressalta que impõe limite para tudo e procura inculcar responsabilidade neles. Tem consciência da responsabilidade de prepará-los para o futuro, pois não sabe quanto tempo terá para viver.

Aglaia foi mais uma das entrevistadas que muito empatei. Na realidade, a relação intersubjetiva estabelecida transcendeu o momento da entrevista. Extrovertida, comunicativa, Aglaia se expressava com alma. Quando falava, sua voz era cheia de entonação, de vibração. Em meio às palavras, também muita emoção: sorrisos, choro e silêncio. É uma mulher de fibra, de coragem, que demonstra muita vontade de viver e de lutar.

Dia 1º/12/2003 recebi um telefonema de Aglaia em minha residência perguntando-me se eu ainda lembrava dela, se não havia lhe esquecido. Imagine se eu vou me esquecer dela! Ela me telefonou para dizer que estaria levando a sua filha no dia seguinte ao Ambulatório do Hospital de Referência para realizar a primeira consulta, e que a mesma já está com dois meses e pesando cinco quilos, e que ficaria muito feliz se eu pudesse ir até lá para vê-las. Disse-me que iria pela manhã, o que estranhei, pois, até onde eu sabia, este serviço dá atendimento só no período vespertino. Diante disso, tomei a liberdade de telefonar para o referido serviço para confirmar o horário. Realmente o horário de atendimento é à tarde. Retornei então a informação para Aglaia, que agradeceu. Ela também queria saber o que seria feito com

sua filha. Perguntou-me se a mesma iria fazer o teste. Disse-lhe que sim, fará o Elisa, hemograma, CD 4, carga viral e também receberá a vacina Salk. Disse-me que sabendo *já era meio caminho andado*. Falou-me também que eu estava sendo uma *bênção na vida dela*. Que bom ouvir isso num momento em que estou bastante concentrada trabalhando com os dados da pesquisa. Ao nos despedirmos, combinei que iria acompanhá-la na consulta com a sua filha, o que a deixou muito feliz. Demonstrou preocupação se eu iria reconhecê-la, porque já voltou ao peso normal, está com 48 quilos e agora está de *franjinha*. Disse-lhe para não se preocupar, porque com certeza nós nos reconheceríamos. E foi o que aconteceu; e muito mais do que isso, foi um belo (re)encontro. No final do ano, Aglaia me telefonou desejando um feliz Natal e um novo ano com muita paz e saúde!

LEUCOTHÉA – descrição experiencial 18

[Eu sou uma pessoa muito boa, tenho um bom coração...]

Leucothéa [deusa da alvorada] tem 31 anos, é de cor/raça branca, casada, estudou até a sétima série do primeiro grau. Sua ocupação é do lar, embora refere já ter trabalhado como *baby-sitter*. É evangélica. É natural de Florianópolis, SC, mas reside em Palhoça. Seu companheiro tem 31 anos, é de cor/raça branca, estudou até o primeiro ano do segundo grau e trabalha na Polícia Militar.

Sobre sua família de origem, seus pais são vivos, moram em Florianópolis, mas desconhece a idade deles porque não gostavam de falar sobre a idade, explica. Acha que seu pai tem mais de 60 anos e já é aposentado. Tem dez irmãos, quase todos casados. Sua infância não foi muito legal, porque seu pai era muito controlador. *Parecia que ele não queria que eu nunca saísse da casquinha, comenta. Ficasse só na casquinha, no grude dele, né?* Hoje reconhece que era por amor, mas acha que era amor demais, porque às vezes queria ter um pouco de liberdade e ele não dava. Ele era muito brabo e batia muito. Refere ter lembranças tristes até sua adolescência. Comenta que ele achava que ela se exibia para os homens, e que não podia nem olhar da janela para a rua que ele achava que estava *se assanhando, se exibindo*. Ou, às vezes, lembra que quando saía com eles, seu pai falava: *você fica na frente e nós, atrás*.

Seu primeiro namorado, foi um namoro mais escondido. Tinha 15 anos. Começou a *paquerar* com 13/14 anos. Acha que sua grande paixão está vivendo agora com seu marido: *paixão, paixão mesmo, sabe, meu primeiro amor é meu marido. Eu queria ter conhecido ele há muito tempo.* Estão casados há seis anos, mas já o conhece há 10: *ele, por sinal, que me paquerava, né? (sorrisos). É que de onde ele trabalhava, ele sempre me via porque eu cuidava de duas crianças e levava pra brincar no parque, aí ele dava umas olhadinhas.* Comenta que quando ia na casa de sua avó, ele passava fazendo a ronda, e dizia: *aonde que vai essa gatinha (sorrisos).* Só que diz que *não dava bola e também não dava o braço a torcer.* Ressalta que ele foi o seu primeiro parceiro: *foi só ele, não tive outros. Podia ter outros namoros, né? Mas nunca tive assim... aquele contato físico que a mulher tem com o primeiro namorado.*

Descobriu que é HIV+, quando sua primeira filha de quatro anos aos oito meses teve que ser internada. Fizeram os exames e foi confirmado. Quando soube, diz que foi um choque. Ela e o esposo fizeram o exame, sendo que o dele negativou e o seu deu positivo. Diz que desconhece como se infectou. Na sua família só quem sabe são os seus pais, seus irmãos não. Na família do seu marido todos souberam e a apoiaram, não tiveram preconceito.

Enquanto ser-mulher, percebe-se como sendo igual às outras, as outras esposas dos maridos. É uma pessoa calma, mas admite ser braba também. O que mais gosta no seu modo de ser é a sua bondade, acha que tem um bom coração. Reconhece que não é vaidosa, que é uma pessoa simples e gosta de ser o que é, natural, *com o corpo puro*, porque sendo vaidosa esconde o que tem. Entre outras virtudes, diz também que não gosta de ser injusta.

Leucothéa internou na Unidade I, leito 8, da Maternidade “Alfa” dia 23/09/2003, às 8h20min, com indicação de cesariana por ser HIV+. Foi submetida a uma cesariana às 14h19min do dia 23/09/2003, dando à luz a uma menina com 3.160 kg. Esta é sua segunda gestação negando abortos anteriores. Sua outra filha tem quatro anos e é HIV+.

Ao falar de como se percebe como ser-mãe, se remete à figura de sua mãe e a (re)toma como modelo para si. Acha que devemos valorizar e muito as mães. Diz que

é guerreira como sua mãe. É também uma mãe bem atenciosa, cuidadosa e muito carinhosa. Ao terminar nossa conversa, Leucothéa expôs uma preocupação:

Eu só fico preocupada se às vezes eu tô falando assim... alguma coisa assim errada, né? Porque eu nunca cheguei a conversar com uma pessoa assim, né? É que nem se a gente tivesse abrindo o nosso livro, né? Porque a gente tem um livro. A gente quer abrir... eu acho que ninguém nunca parou pra pensar. Ah, mas eu acho que eu tenho um livro. Porque o teu livro é do teu... quando tu começa a se desenvolver, primeiro começa pela criança, né, que nem uma semente, né? Começa a crescer, crescer, germinar, germinar, depois vem a adolescência, vem a juventude, né? E assim vai indo... é um livro, praticamente a nossa vida é um livro, só que ainda ninguém chegou a falar assim ó: ah, minha vida é um livro. É um livro e tem páginas que a gente prefere passar por cima ou não querer botar também no livro. Mas não, eu acho que a gente tem que procurar botar tudo, porque é um livro [Leucothéa].

Apesar de dizer que não é vaidosa, Leucothéa estava com um par de brincos enorme, que me chamou a atenção. No início de nossa conversa pareceu-me bastante tímida e desconfiada, mas aos poucos foi se descontraindo. Sua dicção é de difícil compreensão, exigindo atenção redobrada. Às vezes tinha dificuldade de expressar certas palavras. A sua fala apresenta contradições e também não ficou clara a questão de como se infectou com o HIV, já que o esposo não tem o vírus e foram eliminadas as outras vias como possibilidade de transmissão. Percebi que alguma coisa não estava correspondendo com a verdade. Pouco mais tarde, vim a saber pela médica infectologista que acompanha Leucothéa que ela havia tido um relacionamento, embora rápido, com outro parceiro antes de casar, e provavelmente tinha se infectado nesta relação. Só que Leucothéa omitiu esta informação. Na verdade, pode ser até que estava se referindo a isso quando utilizou a metáfora do livro, fazendo uma analogia com o percurso do seu existir quando diz: [...] *a vida é um livro e tem páginas que a gente prefere passar por cima ou não querer botar também no livro [...].* Quem sabe...

AFRODITE – descrição experiencial 19

[Eu já ganhei vários concursos de beleza...]

Afrodite [deusa da beleza e do amor], dentre todas as entrevistadas, certamente foi a escolhida para simbolizar a beleza que está presente em cada uma, mas que encarna em seu corpo de maneira mais expressiva. Afrodite realmente é uma mulher que se destaca pela sua beleza física. É meiga, de voz suave, sensível, crítica e muito cuidadosa com a filha que acabou de nascer. Tem 25 anos, é de cor/raça branca,

solteira, mas mantém um relacionamento estável que já dura três anos. É católica. Estudou o segundo grau completo e trabalhava como degustadora em supermercado. É natural do Rio Grande do Sul, mas reside no município de Florianópolis. Seu companheiro tem 23 anos, é de cor/raça branca, tem escolaridade de segundo grau completo e trabalha como autônomo vendendo flores.

No que diz respeito à sua família de origem, seus pais são vivos, sendo que seu pai tem 62 anos e sua mãe tem 54. Seu pai trabalha ainda, tem um mercado no Rio Grande do Sul, e sua mãe é do lar. Eles são separados há uns oito anos, e ambos casaram novamente. Acha que a separação dos pais mudou muito a sua vida e a dos irmãos porque todos se separaram.

Quanto à tradição familiar referente à amamentação, diz que as mulheres sempre amamentaram bem *pouquinho*. Desconfia que têm duas tias, irmãs de sua mãe, que têm HIV, porque nunca amamentaram. Comenta que elas usavam droga quando eram mais novas e tinham uns namorados *bem barra-pesada*, e não amamentaram.

Enquanto ser-mulher, Afrodite percebe-se como uma pessoa normal, sendo sua única tristeza ser HIV+ e não poder contar para sua mãe. Admite que sua sorte mesmo foi ter encontrado um companheiro que a aceitou mesmo sabendo que era HIV+, porque foi ela que passou o vírus para ele, ressalta. Teve outros namorados, mas como adquiriu, não sabe. Suspeita do pai de sua primeira filha. Ele era dez anos mais velho. Comenta que ele nunca lhe falou nada, mas diz que o mesmo agora já sabe que tem, porque ela já lhe telefonou avisando. Depois disso, ele fugiu e nunca mais o viu. Admite que já foi mais vaidosa e que era muito bonita, inclusive ganhou vários concursos de beleza, mas depois que casou ficou *meia relaxadinha*, decaiu um pouco. Acha que é preguiçosa consigo mesma e reconhece que às vezes não tem muita paciência com os outros. Seu temperamento é forte e é bastante sensível. Acredita que se tivesse mais dinheiro para poder estudar e comprar roupas mais bonitas, iria melhorar seu humor.

No que se refere ao relacionamento com parceiros, teve sua primeira relação sexual com 13 anos. Foi quando conheceu o seu primeiro namorado, que era mais velho, tinha 21 anos. Depois teve muitos namorados; mais de dez. Muitos namorados

assim, de ficar meses, um ano. Com alguns manteve relações, com os de mais tempo, acrescenta (respirou fundo).

Afrodite internou na Maternidade “Alfa” dia 27/09/2003, às 5h30min, em trabalho de parto, bolsa íntegra, com indicação de cesariana por ser HIV+, mas foi submetida a um parto normal dia 27/09/03, às 8h02min, dando à luz a uma menina com 3.330 kg. No que diz respeito ao modo de perceber-se como ser-mãe, demonstra sentimento de culpa por não ter criado a sua primeira filha, mesmo assim acredita que é uma boa mãe e bastante paciente no cuidado com a criança.

TÊMIS – descrição experiencial 20

[Hoje eu vivo um dia de cada vez. Antes eu queria viver todos num dia só...]

Têmis [deusa do que é correto] é uma jovem espirituosa, comunicativa, com 25 anos, é de cor branca, convive com o companheiro há um ano e meio e tem escolaridade de segundo grau completo. Trabalha como balconista na padaria do pai. Sua religião é Católica. É natural de Florianópolis, mas reside no município de Biguaçu. Seu companheiro tem 26 anos, estudou até a quinta série do primeiro grau, é de cor/raça branca e trabalha como auxiliar de produção.

Em relação à sua família de origem, seus pais são vivos: seu pai tem 50 anos e sua mãe 49. Eles têm uma panificadora onde todos da família trabalham. Da infância lembra muito bem, porque morava em um município do interior e sempre vinha passar as férias aqui em Florianópolis, trazendo bem vivo na memória quando se preparavam para viajar. Lembra também da sua falecida avó, porque ela vivia no sítio e era muito bom quando iam visitá-la. Adorava passar roupa. Era sua única neta mulher, então ela a exibia (sorrisos) para todo mundo, e comenta que adorava aquilo. Lembra dela até hoje e sua morte a marcou muito, ainda mais por ter sido no dia em que seu filho nasceu, pois era o seu primeiro bisneto. Isso a marcou muito, então sempre se lembra dela, ressalta.

Refere que o relacionamento com seus pais no começo foi difícil, pois era a única filha mulher, e eles não a deixavam sair, nem *ir na esquina* sem a autorização deles. Como se considera muito teimosa, então discutiam muito, e ainda discutem até hoje, porque, a partir do momento em que eles descobriram que ela era HIV+,

percebeu que a protegeram mais ainda, sendo que não a deixavam sair à noite nos primeiros meses. Retomou sua vida normal uns três ou quatro meses depois, porque eles a faziam *dormir cedo*. Até hoje ligam a todo o momento para saber se ela está bem, reconhecendo o apoio que recebe deles. Hoje mora com seu meu marido e sua filha.

Sobre o modo de se perceber como ser-mulher, fala que depois que descobriu que é HIV+ mudou completamente. Relata que sua vida praticamente parou e que somente há pouco tempo retomou o curso normal de sua existência. Percebe que passou por um processo de transformação importante e que agora é mais calma, pondera mais antes de agir, gosta muito de ler, escrever, estudar e se considera muito vaidosa.

Têmis realizou o pré-natal com mais de seis consultas no período. Internou na Maternidade “Alfa” dia 30/09/2003, às 2h45min, em trabalho de parto, bolsa íntegra, com indicação de cesariana por ser HIV+, mas foi submetida a um parto normal sem epísio dia 30/09/03, às 4h15min, dando à luz a um menino com 2.500 kg. Gesta III, Para III (todos partos normais): tem um menino de sete anos, que diz ter amamentado quatro meses; uma menina de quatro anos que amamentou um ano e agora o recém-nascido. Dados da internação: carga viral 5.200 (em 02/09/2003), CD 4 695. Fez uso de AZT durante a gestação.

Como ser-mãe, diz que sentiu muito medo na primeira gravidez, quando foi mãe solteira e teve que cuidar do filho sozinha, contando depois com a ajuda de seus pais. Aprendeu a ser mãe com o nascimento da segunda filha e se considera uma mãe superprotetora e carinhosa.

INO – descrição experiencial 21

[Eu me vejo como uma pessoa boa...]

INO [deusa da água e da agricultura], a mais jovem de todas as entrevistadas, é uma adolescente de olhar tímido, desconfiado, retroflexo, de poucas palavras, muito atenta aos movimentos e comportamentos dos que a cercam. Tem 18 anos, é de cor/raça branca, pele morena, estado civil união consensual, estudou até a quinta série do primeiro grau. Trabalha como diarista (faxineira). É natural de Arvoredo, SC, e

mora em Florianópolis. Seu companheiro tem 30 anos, é de cor/raça branca, estudou até a quinta série do primeiro grau e sua ocupação é pintor.

Sobre a família de origem, conta que seus pais são vivos, residem em Chapecó e que são pessoas muito *legais*. Embora a distância, mantém um bom relacionamento com os mesmos, sendo que com frequência liga para lá e conversa com eles. Seu pai vai fazer 40 anos e sua mãe 36. Eles já são avós. Tem sete irmãos: cinco mulheres e dois homens. Seu pai trabalha como pedreiro e sua mãe é faxineira. Diz que sua infância foi *legal*, só que saiu de casa muito *novinha*, tinha 14 anos, porque casou, e agora está com 18 anos. Conheceu seu companheiro em Chapecó, cuja família também mora lá. Foi seu primeiro e único namorado e estão juntos há cinco anos.

Sobre o modo de se perceber enquanto ser-mulher/mãe, Ino refere gostar de si, sente-se legal, gosta de ajudar as pessoas, é alegre, gosta de receber carinho e de cantar.

Em relação à tradição familiar da amamentação, refere que sua mãe amamentou todos os sete filhos. *Ela não dava bico, era só mamar mesmo*. As suas irmãs também amamentam.

Quanto à sua condição de HIV+, soube o ano passado (2002), ocasião em que seu marido foi fazer uns exames por apresentar problemas na pele, tipo alergia. Quando a médica o examinou, desconfiou que poderia ser *disso* e solicitou o exame, sendo que o resultado veio positivo. Quando ficou sabendo, ele chegou em casa chorando muito e contou para Ino, que suspeita que ele já tinha *isso* há bastante tempo, uma vez que já tinha sido casado, curtido muitas outras mulheres, *já tinha um passado*. Diferente dela, pois só teve ele de namorado. Conta que ele estava muito nervoso, mas teve coragem e contou para ela, que reagiu dizendo que *se tinha, tinha (HIV+) fazer o que...* Foi fazer os exames e começou o tratamento: *comecei a tomar remédio certinho, daí a médica disse que não era pra mim engravidar*. Comenta que estava tomando anticoncepcional e sempre comprava na farmácia, mas na última vez foi pegar no posto de saúde, e daí engravidou porque o medicamento estava vencido. Quando fez o exame de HIV não estava grávida. Fez o exame no Centro de Saúde “Delta”. Na hora em que lhe disseram, chorou muito e continuou chorando uns três ou quatro dias, mas depois pensou que não adiantaria chorar e que tinha que levar a vida para frente. Passado um tempo, a vida voltou ao normal. Os dois começaram a trabalhar e diz que

chegou a pensar em adotar uma criança, mas ele não aceitou. Ela contra-argumentou: *mas filho a gente não pode ter né?* Conversaram com a médica que lhes informou que tem situações em que o bebê não nasce com o **problema**. Conta que ficaram pensando: *temos ou não temos?* Foi quando decidiram ter o filho. Quando soube do resultado estava com o marido, e diz que só ele sabe: *ele e eu, mais ninguém*. Não sabe como ele contraiu, porque *a vida dele já era curtida* quando se casaram, repete. Droga ele não usava. Acredita que tenha sido através de relações sexuais com outras mulheres: *que hoje em dia, se não usar camisinha...* Quando soube, ficou braba com ele no primeiro momento, mas pensou: *agora não adianta mais, agora eu já peguei né?*. *Agora tem que levar a vida pra frente né... e tomar remédio né?*

Ino internou na Maternidade “Alfa”, trazida pelo Corpo de Bombeiros, dia 12/11/2003, às 13h20min, com 41 semanas completas, sendo submetida a um parto normal com episiotomia (médio lateral direita), devido à tensão do períneo. Deu à luz a um menino com 3.200 kg. Diz que é o seu primeiro filho e também sua primeira gestação. Carga viral = 520 em e CD 4 = 845 em 12/06/03.

Como ser-mãe, percebe que a maternidade, embora com algumas dificuldades, a faz sentir-se outra pessoa, achando que a boa mãe é aquela que cuida bem e não deixa faltar nada para o filho.

Ino é uma adolescente de estatura média, morena, cabelos longos e de cor castanha-clara. Dificilmente olha de frente com quem está conversando, sendo uma constante sua cabeça voltada para o lado. Expressa-se com certa dificuldade. Parece tímida e desconfiada. Não recebeu qualquer orientação no pré-natal e também durante o período de internação, até o momento desta entrevista, sobre como preparar a alimentação do bebê. Também não sabia que iria receber leite para seu filho.

SELENE – descrição experiencial 22

[Eu sou uma pessoa normal, eu tenho uma vida normal como antigamente...]

Selene [deusa da claridade, da luz] é uma mulher com jeito de menina e olhar maroto e ingênuo. É sensível, encara os desafios do mundo da vida com aparente otimismo e determinação. Tem 24 anos, é de cor/raça branca, estado civil separada, trabalha como empregada doméstica, mas agora está “encostada” pela perícia. Diz que apresentou alergia à

sulfa e esteve internada num Hospital Geral com leptospirose e quase morreu. Isso foi há um ano e quatro meses. Sua religião é Católica. É natural de Imaruí, SC, e reside em Florianópolis. Seu companheiro (no momento está separada) tem 23 anos, é de cor branca, estudou até a oitava série do primeiro grau e trabalha como pedreiro.

No que diz respeito à sua família de origem, foi criada pelos seus avós desde que nasceu, porque seus pais se separaram e sua mãe não tinha condições de criá-la. Moravam em um município do interior do Estado de Santa Catarina, e sua mãe veio embora para Florianópolis. Ficou, então, morando com seus avós, ali se criou e até hoje vive com eles, embora seu avô já tenha falecido. Mesmo assim, mantém contato com sua mãe, mas viver com ela nunca viveu. Diz que ontem ela veio visitá-la na maternidade. Tem quatro irmãos: três mulheres e um homem, só que não foram todos do mesmo casamento. Comenta que ela teve três maridos. Selene diz que foi registrada pelos seus avós, e que chama a sua avó de mãe e a sua mãe verdadeira pelo nome. Mesmo assim, diz que sua mãe verdadeira é muito querida e a irmã que está lhe acompanhando na maternidade também. Sua mãe queria que ela morasse com ela agora, mas não foi. Tem sua casinha e pretende ser independente. Nunca conheceu o seu pai verdadeiro e diz que nem quer conhecer. Sabe o bairro onde ele mora. Fala que já teve um pai na sua vida que foi o seu avô e não quer conhecer mais ninguém. Aquele lá foi o seu pai, diz, com ressentimento. Apesar de tudo, considera que sua infância foi boa.

Quanto à sua condição de HIV+, contraiu do seu marido através de relação sexual. Ele tinha e tem outros relacionamentos, alega. Tem certeza que foi dele, porque antes doava sangue e também só teve ele de parceiro, acreditando que o mesmo deve ter contraído de outra mulher através de sexo. Ele não usa droga, só fuma cigarro. Quem sabe que ela tem o vírus é sua família, da qual recebeu apoio, e alguns amigos. Sua família só ficou sabendo quando teve que ser internada para tratar da leptospirose. Pesava 55 quilos e ficou com 25. Esteve entre a vida e a morte, e a partir dali é que seus familiares ficaram sabendo, porque até então tinha escondido deles. Quando soube, foi a mesma coisa que não ter a doença, encarou normal, só ria, chorar não chorava. O seu marido é que chorava igual a uma criança pequena. Descobriu há três anos e meio, quando estava grávida da sua primeira filha, no pré-natal. Agora está

separada do seu marido há mais ou menos um ano. Ele sabe que o bebê nasceu, mas não veio vê-lo. Acha que a pessoa que tem o vírus às vezes é discriminada.

Sobre o ser-mulher, percebe-se como uma pessoa normal e que a doença não mudou o seu modo de viver. É alegre, trabalhadeira, otimista, vaidosa e bastante tranqüila.

Selene internou na Maternidade “Alfa” dia 13/11/2003 com 38 semanas completas e com indicação de cesariana por ser HIV+, sendo submetida à cesariana sem intercorrências. Deu à luz a um menino com 2.990 kg. Já tem uma filha de três anos e oito meses. Como ser-mãe, diz que é muito cuidadosa, carinhosa, protetora e gosta de ser mãe.

PERSÉFONE – descrição experiencial 23

[Eu era uma pessoa feliz, até que descobri que eu tenho essa doença...]

Perséfone [deusa do mundo espiritual], mulher madura, sensível, experienciando um drama existencial que a remete de modo intenso para a busca da espiritualidade, constituindo-se a fé religiosa sua maior sustentação. Tem 34 anos, é de cor branca, é de estatura média, tem cabelos finos e lisos, é bastante bonita. Estudou o primeiro grau completo. Estado civil união consensual. Atualmente sua ocupação é do lar, mas diz que vende produtos da Natura e já trabalhou como caixa em supermercado. Sua religião é a Evangélica. É natural de Paranaguá, PR, e reside no município de Palhoça. Seu companheiro tem 38 anos, é de cor branca, estudou até o segundo ano do segundo grau e é marceneiro.

Em relação à sua família de origem diz que seus pais são vivos e moram juntos em um município do Paraná. Ele tem 71 anos e já está aposentado, e sua mãe tem 69 e é do lar. Teve nove irmãos e viveu uma infância boa. Seus pais sempre foram muito bons, *um presente na minha vida*, comenta.

No que se refere à tradição familiar quanto à amamentação, diz que sua mãe amamentou seus nove irmãos, sendo que duas de suas irmãs caçulas amamentou até cinco anos. Todos mamaram.

Sobre o ser-mulher, Perséfone é uma pessoa que se sentia feliz, contente, até o dia em que descobriu que tinha *essa* doença. Normalmente se considera uma pessoa alegre, que gosta de brincar com todo mundo, mas reconhece também que tem

momentos em que *a ficha cai* e se dá conta da realidade. Gosta de ser independente, ter iniciativa, não espera pelos outros. É dinâmica e admite que já foi mais vaidosa.

Quanto à sua condição de HIV+, diz que teve um namorado na adolescência há quase 20 anos na cidade onde morava. Terminaram o relacionamento e veio morar em Florianópolis, onde conheceu seu marido, casaram e estão juntos há 15 anos. Dessa relação nasceu um filho que hoje tem 14 anos. Perséfone e o marido desejavam muito ter outro filho e então ela engravidou. Durante o pré-natal, uma triste surpresa: ao realizar os exames de rotina, em junho de 2003, Perséfone descobre que é HIV+. É realizado exame no filho e no esposo e os resultados mostram que o exame do marido é soronegativo e do seu filho soropositivo. Seu filho, adolescente ainda, desconhece sua condição de HIV+. No primeiro exame, quando soube na primeira vez, não acreditou, achava que era mentira, que o resultado estava errado. Quando foi confirmado: *aí abriu um buraco e eu entrei dentro*, lembra. Acredita que tenha contraído do primeiro relacionamento que teve na adolescência, porque foi o único que teve além do marido. No momento, só quem sabe da família é seu marido, mais ninguém.

Perséfone realizou mais de seis consultas no pré-natal. Internou na Maternidade “Alfa” dia 17/11/2003, às 3h15min, com 39 semanas completas e seis dias, tendo sido submetida a um parto normal no mesmo dia, às 7h28min, com EMLD (episiotomia médio-lateral direita), por apresentar períneo tenso, impossibilitando o desprendimento do pólo cefálico. Deu à luz a uma menina com 3.055 kg. Gesta II, P I, Aborto 0. Seu primeiro filho tem 14 anos. CD 8 1.167, CV 310 (16/10/03), CD 4 262 e CV em 16/09/2003 < 80. Feita dose de ataque e manutenção do AZT.

Quanto à gravidez atual, foi planejada e até muito esperada, é que ela e seu marido queriam muito uma menina. Como mãe, acha que é carinhosa e é *toda uma criança*. Diz que seu marido acabou de lhe dizer: *você é tão especial...* Acredita que ele a ama bastante. Tem um filho de 14 anos e é superprotetora. Procura não deixar faltar nada para o mesmo, e o que pode fazer por ele faz (fala com muita emoção e começa a chorar). Diz que seu filho *é um pedaço do seu ser*. Está muito preocupada com ele, pois o mesmo ainda não sabe que também é HIV+ e acha que ele não vai compreender. Faz questão de dizer que confia muito em Deus, que ora muito e pede muito a sua direção. Chorou em quase toda a entrevista. Manteve o olhar voltado para

o lado e suas mãos se ocupavam de um lençol de bebê que se encontrava sobre o balcão existente no local onde conversávamos.

Dia 20/11/2003, quinta-feira, 10 horas da manhã, estou na Maternidade “Alfa”, acompanhando as acadêmicas de Enfermagem que se encontram em estágio, quando sou procurada por uma bolsista de Enfermagem do Banco de Leite que me informa que Perséfone se encontra no Banco de Leite chorando e queixando-se de muita dor nas mamas, pois estão muito cheias de leite. Imediatamente me dirijo até o setor e encontro Perséfone prostrada, olhos inchados de muito chorar, com as mamas expostas, aplicando bolsa de gelo para alívio da dor. Sua menina estava dormindo num berço ao seu lado. Perséfone dirige seu olhar para mim implorando ajuda. Sua expressão facial demonstra uma tristeza profunda, está sem brilho, parece exausta e desanimada. Ao me ver, disse-me que estava se sentindo péssima e a primeira pessoa que se lembrou que poderia ajudá-la era eu, e que havia telefonado para minha residência e informaram que eu estaria na maternidade. Pedi para um amigo da Igreja trazê-la até a maternidade. Diz que o amigo também é HIV positivo, mas ele não sabe que ela tem. Falou que estava desesperada, e estava achando tudo muito difícil. Mal tinha forças para falar. Sentei-me próxima a ela para poder escutá-la com atenção. Durante nossa conversa Perséfone chorou muito e desabafou. Comentou que as pessoas ficam só perguntando por que ela não está amamentando, inclusive uma delas tinha dito que ela *era louca* pelo fato de não estar amamentando. Isso a incomoda muito. Reclama que sofre muita pressão das pessoas por não estar amamentando. Outra situação bastante difícil para ela era o fato de a sogra morar nos fundos da sua casa e parecia que a mesma estava a toda hora mexendo nas suas coisas, tipo “bisbilhotando”. Isto estava deixando-a insegura, com medo dela descobrir sua condição de HIV positiva. Dialogamos e permaneci com a mesma até senti-la mais tranqüila. Neste encontro, percebi mais uma vez o quanto estas mulheres estão desamparadas, necessitando de apoio. Após este contato, outros ainda foram mantidos, e a última vez que conversamos foi um pouco antes do Natal, quando Perséfone me telefonou dizendo que iria para a casa de seus pais em Paranaguá passar o final do ano com sua família.

MÉTIS – descrição experiencial 24

[O que eu puder fazer pros outros eu faço...]

Métis [deusa do que é correto], a última das mulheres/mães entrevistadas, a exemplo da primeira, ou seja, da Hebe, também me comoveu profundamente. Visivelmente triste, solitária, não havia recebido visita de nenhum familiar. Mantinha-se no seu leito com a cortina fechada, em isolamento na Unidade, onde dividia o espaço com mais oito puérperas. Frequentemente se dirigia à UTI Neonatal para visitar sua filha que havia nascido prematuramente. Metis tem 28 anos, estudou até a sétima série do primeiro grau, é costureira (de calçados), estado civil: união consensual, católica, cor/raça branca e é natural e residente em São João Batista. Seu companheiro tem 34 anos, é vendedor de sapatos, escolaridade de quinta série do primeiro grau e de cor/raça branca.

Quanto à sua família de origem, diz que seus pais são separados. A sua mãe tem 64 anos e o seu pai tem 60. Seu pai trabalha num posto de gasolina há 42 anos e sua mãe trabalhava de faxineira e agora é do lar; está aposentada. Eles se separaram há cerca de 20 anos, quando Métis tinha em torno de oito anos. Diz que para ela foi muito difícil, porque teve que trabalhar. Começou a trabalhar muito cedo, ou seja, com sete anos, numa fábrica de calçados. Estudava de manhã, trabalhava à tarde e *fazia serão* até às 22 horas. Depois, no outro dia, acordava e ia para a escola, não tinha nem tempo de estudar para fazer os testes. E assim foi levando a vida. Com 12 anos já era costureira de calçado. Na época já ajudava sua mãe. Tem uma irmã por parte de seu pai, porque sua mãe, antes de casar com ele, era viúva, e do seu pai tem duas que são verdadeiras, e os outros que são da sua mãe, são cinco que ela teve do outro primeiro marido. Ao todo, são oito mulheres e um homem. Ela mora com um sobrinho e a sua filha. Justifica que quando ganhou a sua filha era solteira, então sua mãe é quem cuida dela. Já convidou a filha para vir morar com ela, mas a mesma não aceitou.

Sobre o ser-mulher/mãe, Métis percebe-se como uma pessoa boa, que trabalha e ajuda a sua mãe e que cuida da filha. O que puder fazer de bom para os outros faz, não faz nada de ruim. Trabalha o dia todo e no final de semana costuma ir à casa de sua mãe que mora perto. É um pouco braba, admite. Gosta de se arrumar, pagar suas contas, de comprar as suas coisas e de ser honesta com os outros, também: *nunca*

passsei a perna em ninguém. Gosta da vida e por isso sente medo: daqui a pouco... saber que tá com uma doença dessa, dá uma coisa e... morrer... (minutos de silêncio). Conhece pessoas que têm HIV e já trabalhou com algumas, com as quais tem amizade. Lembra que no começo eles eram muito discriminados, outros falavam, comentavam, eles estavam num lugar, eles falavam: oh, aqueles ali têm AIDS. Oh esse ali tem. Agora não, agora eles são mais eles. Eles vivem para os filhos, trabalham.

Em relação aos parceiros sexuais, teve seu primeiro namorado aos 14 anos, mas não deu certo. Em seguida namorou o pai de sua filha e ficaram juntos um ano e oito meses. Terminaram o relacionamento e depois descobriu que estava grávida, mas optou por assumir a gravidez sozinha porque não gostava mais dele. Em seguida conheceu o companheiro atual, que é seu meu marido, e estão juntos há oito anos. Acredita que contraiu o vírus do companheiro atual porque se fosse do pai de sua primeira filha já teria se manifestado antes. É doadora de sangue desde 1996, e a última vez que doou foi em 2002, e, portanto, teria sido identificado. Doava sangue de seis em seis meses. Acha que seu meu marido adquiriu através de relação sexual com outra mulher: *ele teve um caso com uma outra pessoa e também ele anda por aí, e quem anda por aí, decerto alguma coisa arruma.* Diz que não sabe se ele tem, porque ainda não fez o exame. Nunca desconfiou de nada, só dizia: *se tu anda por aí tu te cuida, porque eu tô dentro de casa e depois eu não quero né... eu não quero ser prejudicada. Era isso que eu dizia pra ele. E agora tá essa... essa vida.*

Métis realizou mais de seis consultas no pré-natal, no centro de saúde na localidade onde mora. Internou na Maternidade “Alfa” dia 24/11/2003, às 22h, com 37 semanas, tendo sido submetida a uma cesariana segmentar, sem intercorrências, dia 25/11/03, às 16h10min. Deu à luz a uma menina com 1.875 kg. Gesta II, P I, Aborto 0. Tem uma filha de 10 anos de um outro companheiro. Foi submetida às doses de ataque e de manutenção do AZT. Recebeu o resultado para HIV positivo da cidade onde reside, porém refere que este exame já foi colhido quatro vezes e esta é a primeira vez que o recebe. Era doadora de sangue e a última doação foi em 2002. Sorologia para HIV em 15/10/2003 reagente. Não fez profilaxia anti-retroviral por atraso no resultado do exame.

Percebe-se como uma boa mãe. Procura dar estudo para sua filha e é carinhosa. Dentro do possível, tudo o que a filha precisa dá, e se não puder dar, explica: *oh, esse*

mês a mãe não pode, mês que vem a mãe pode (começa a chorar). Diz que se emociona ao falar nela (permaneceu alguns minutos chorando).

Durante a entrevista, Métis apresenta expressão facial e corporal de tristeza profunda. Está muito revoltada pelo fato de ficar sabendo do resultado do teste anti-HIV quando estava em trabalho de parto, uma vez que já o havia realizado com antecedência, durante o pré-natal. Sentiu-se *traída* pelo pessoal do centro de saúde da sua comunidade por não terem lhe fornecido o resultado do exame antes. Também expressa grande preocupação em ter que buscar o leite que será fornecido para seu filho no referido centro de saúde, já que lá é um lugar pequeno, onde todos se conhecem, e logo vão ficar sabendo de sua condição de HIV positiva. Prefere buscar em um município vizinho do local onde reside, nem que para isso tenha que mentir sobre o local de sua residência. Chorou várias vezes enquanto conversávamos

As descrições que acabo de apresentar revelam o ser-mulher/mãe HIV positiva, em sua originalidade e especificidade de ser no mundo, no momento presente, a partir do seu corpo próprio enquanto expressão dessa realidade, nas relações consigo mesma, com outrem e o mundo. Elas colocam em evidência o quanto a dimensão corpórea (compreendida como seu modo fundamental de ser e estar no mundo e com ele relacionar-se), através das suas diferentes modalidades de expressão, guarda uma profunda unidade, apesar da pluralidade de aberturas, da multiplicidade das posições e das diferentes perspectivas de percepções. O seu corpo, enquanto veículo do seu ser no mundo, guarda todas as significações vividas, através do qual ela vê, interage, percebe e é percebida, sendo que em cada gesto exprime sua existência total. A temporalidade, situada entre seu nascimento e a morte, onde o tempo é visto como o seu corpo ou a sua própria vida, foi visualizada, não como uma sucessão de agoras, mas sempre como sendo um *aqui e agora* (em meu “campo de presença”), onde o passado permanece como excesso e é retomado no presente e diante dele o horizonte do porvir. Cada agora que se fez presente foi visto como o ponto de entroncamento de suas vivências no tempo. Neste particular, percebi que ao falarem de sua vida e de si fazem movimentos retomando o passado e projetando o futuro, de modo que o tempo se manifestou através da sua maneira de ser e de existir no mundo.

Assim, mediante o valor expressivo destas descrições experienciais

apresentadas acerca do ser, do fenômeno e de todas as impressões e sensações emoções, apreendidas nos encontros existenciais (campo perceptual) com o ser-mulher/mãe, onde pude experimentar a presença do outro em mim através do diálogo, resta-me, agora, de posse da estrutura da experiência original, dar os passos seguintes e prosseguir em direção à apresentação dos dados interpretados à luz da teoria fenomenológica da expressão de Merleau-Ponty e do método da fenomenologia hermenêutica de van Manen, trilhando o percurso que descrevi no início do capítulo. Antes, porém, quero ressaltar que todas as mulheres/mães entrevistadas, de Hebe até Metis, me tocaram profundamente pelas suas histórias e pelo modo especial e autêntico com que se revelaram a mim. Na realidade, com elas tentei exercitar alguns passos em direção ao que nos ensina Merleau-Ponty, ou seja, a *reaprender a ver o mundo*. Muito aprendi e cresci enquanto ser encarnado no mundo com cada uma delas. À medida que avançava o estudo e a minha compreensão do fenômeno tornava-se cada vez mais clara, pude também, através deste processo, ajudá-las no enfrentamento de muitas situações difíceis, fazendo-me melhor compreender, sentir e saber o quanto a fenomenologia, enquanto ontologia, pode ajudar os seres humanos a serem mais sensíveis e humanos.

Tenho consciência de que não é possível transportar para as folhas deste estudo as cenas vivas da relação intersubjetiva estabelecida entre nós (o ser-mulher/mãe e eu) através do diálogo, mas as suas presenças permanecem em mim, e a minha nelas, não mais como um simples comportamento no meu campo transcendental, nem eu mesma nos seus. Agora nós coexistimos como um *ser a dois* através de um mesmo mundo, e detalhes do vivido que se mostraram de modo revelador e autêntico⁴² estarão sempre co-presentes em nossos corpos encarnados, enquanto seres viventes no mundo, do mesmo modo como nos diz Merleau-Ponty: *cada presente que se produz crava-se no tempo como uma cunha e pretende a eternidade* (1999, p. 526).

7.3 PERCEBENDO-SE COMO SER-MULHER: *eu sou o tipo de pessoa que não faz mal a ninguém*

Este significado traz à luz que o sujeito significativo do estudo, ao expressar

⁴² No encontro autêntico, o ser humano está presente em sua essência, que é sua existência, e a autenticidade do encontro se manifesta no olhar, no gesto, na mímica, no sorriso e até no silêncio (ALENCASTRE, 1999).

corporeamente o significado da experiência da privação do ato de amamentar, **percebe-se e quer ser percebido** enquanto ser-mulher, vivente que vê, que pode se ver e ser visível para si mesmo, que pode se ver vendo, que é visível no meio de outros seres visíveis que também são videntes e lhe vêem, como alguém, **acima de tudo, dotado de um valor moral positivo**, constituindo-se, este, o objeto ou fim de seu modo de ser, agir e existir no mundo, conforme pode ser apreendido em suas falas:

*Ah, eu me acho legal porque **eu gosto de ajudar todo mundo**. Apesar de não poder me ajudar. Poder eu posso, mas bem pouco. Eu posso ajudar mais, do que me ajudar sozinha (começou a chorar). Eu me emociono de falar de mim porque eu sou uma pessoa boa e fui ficar doente [Hera].*

*Eu sou uma pessoa... eu trabalho, ajudo a minha mãe. Cuido da minha filha. Eu vivo... o que eu puder **fazer de bom pros outros eu faço, eu não faço nada de ruim** [Têmis].*

*A Eufrosina é **uma pessoa que não quer ver o mal de ninguém**. Se eu não puder fazer o bem, mal também eu não faço. Não que eu seja boazinha. Tem coisas assim que por exemplo, eu não admito que me façam mal porque eu não faço mal pra ninguém. Sabe, eu sou o tipo de pessoa, a princípio, eu não quero ver o mal de ninguém. Não quero. **Faço questão de não ver o mal de ninguém. Mas também não admito que me façam mal** [Eufrosina].*

*Eu me vejo como **uma pessoa boa**. Perfeita não [Cloto].*

*Eu sou uma pessoa que eu não... não nego nada pra ninguém. **Eu sou uma pessoa muito boa**, entendeu? Mas eu também sou um tipo de pessoa que se tentarem abusar... eu sei distinguir quem eu devo, quem eu não devo ajudar. Eu não sou uma pessoa ruim, eu me acho uma pessoa boa [Deméter].*

*O que eu mais gosto em mim é a simplicidade e a **vontade de ajudar as pessoas. Eu gosto de ajudar as pessoas**. O pouco que eu tiver se eu puder dividir com os outros, eu sempre faço. Eu não penso na recompensa, eu penso no poder ajudar só as pessoas. Eu sou muito... muito boa demais. Eu não sei dizer não para as pessoas, né? E isso eu acho um defeito e tanto. Tem gente que me julga, né? e diz: ah, tu não podes ser assim, porque tem gente que se aproveita da bondade dos outros. Mas eu não... não tenho raiva de ninguém... Eu faço o que eu gosto né? É só isso [Aidos].*

*Como pessoa eu me sinto legal. Eu gosto de mim. O que eu mais gosto de **mim é de ser legal com todo mundo** (sorrisos). Eu me vejo como **uma pessoa boa**. Pra mim uma pessoa boa é não brigar com ninguém né, conversar com todo mundo. Eu gosto de ajudar as pessoas [Ino].*

*Ah, significa assim... que a gente ô, a gente fica chateada porque a gente chega nos hospitais né, chega perto de alguém que já falaram do meu problema né, e daí todo mundo fica **olhando** com a cara feia né, pensam se vão atender ou não, já atendem a gente assim com luva essas coisas né... Ah, daí fica chato né, daí a gente olha pras pessoas e as pessoas com a cara feia, né? Ah, essas coisas né? [Ino].*

*Só que a gente fica com vergonha né, porque todas as mães que chegam... dizem assim... ficam **olhando** com a cara feia pra gente, né? (sorriso nervoso). Pensam assim: ah essa mãe aí tem (se referindo ao HIV). Eu não sei, mas é o que eu sinto [Ino].*

*Porque a gente tem duas faces, né? Eu acho assim, **aquela que a gente se olha com pintura**, e aquela que tira a pintura e mostra aquela... aquele... aquela... o corpo...*

*né, o rosto puro, né? Aí sim (sorrisos). É... É porque teve um dia que **eu me olhei** no espelho. Eu me maquiei, aí eu disse: essa não sou eu. Eu sou aquela que tem o rosto puro, né, meigo... É só isso [Leucothéa].*

*Eu não faço mal pra ninguém, eu não... eu nunca pensei em passar o vírus pra outra pessoa, eu sou uma pessoa boa, eu quero ajudar todo mundo. Eu sou muito querida, todo mundo me ajuda lá no local onde eu moro, sabe? Eu sou muito querida, ali onde eu moro, né, então... Eu não sei...tem gente que são pessoas má... que vê que a gente... ah, tem o vírus? Ah porque... é discriminação... eles discriminam a gente. Atravessam até a rua **pra não olhar** na cara da gente. E isso é muito triste. A gente sente, né? A gente se sente **rejeitada**. E não é legal. É isso. (seus olhos se encheram de lágrimas) [Agláia].*

*Eu sou um tipo de pessoa que eu não faço mal a ninguém, né? **Eu não faço mal a ninguém, só que entrei num barco que... quase afunda né?** Porque... esse problema é um caso muito... muito sério que a gente não deve passar pra ninguém [Ártemis].*

*Eu vejo que o fato de ele ter vindo aqui **me ver e ver o filho**, é um bom começo. Eu até levei um susto quando ele chegou hoje [Agléia].*

No interior dessas falas, que emergem como um coro uníssono de vozes com forte conotação moral, pode estar presente o desejo profundo de antagonizar os prováveis efeitos da discriminação e do estigma social aos quais estão submetidas. Neste sentido, vale lembrar Sontag (1984), que no seu famoso livro “A Doença como Metáfora”, chama a atenção para o fato de que qualquer doença encarada como misteriosa e temida de modo muito agudo será considerada como moralmente contagiosa. Em consequência, o contato com alguém acometido por uma doença assim caracterizada afigura-se, invariavelmente, como uma transgressão. E qualquer doença, enquanto for tratada como uma maldição e considerada uma ameaça fatal, como no caso da HIV/AIDS, fará com que a maior parte dos acometidos se sintam discriminados. E neste estudo, ao sentirem-se assim, as mulheres mães/entrevistadas reagem e querem ser percebidas como seres humanos associados com o bem e a bondade, onde a prática das boas ações deve prevalecer.

Percebe-se e quer ser percebida, enquanto ser-mulher, como um ser tátil, tocante, que tem o poder de tocar e de ser tocada, que é capaz de tocar-se, quer tocar e, dependendo do toque, quer e não quer ser tocada, quer poder amar e também ser amada. Isto pode ser mais bem compreendido analisando suas falas, onde o toque se mostra com diferentes sentidos:

*Elas pensam que... **tocando** na gente vão pegar a doença. Eu tô sofrendo bastante aqui na maternidade com isso, porque tem umas enfermeiras que são muito ignorantes. Outras não, eu não posso julgar todas elas porque umas me tratam super bem, agora tem essas que não... quase... eu acho, que não têm estudo, são mais ignorantes... Pra tirar... pra medir a pressão da gente e botar o termômetro embaixo do braço da gente, já tem que botar uma luva. Só porque a luva é de graça, vai botar uma luva. Vai pegar o quê? Deus permita que esse tipo de pessoa nunca pegue mas... é difícil a pessoa quando fica julgando a gente... qualquer outro tipo de*

doença, fica julgando, é difícil que Deus não castigue. É porque eu cheguei aqui, no segundo dia que eu fiquei sabendo da minha doença aí tinha uma enfermeira que... pra ver o meu... pra ver os meus sinais vitais, vai e bota uma luva a idiota. Ah, me deu uma vontade de dar um tapa nos cornos dela. Eu não dei mesmo porque eu preciso da maternidade, porque senão eu tinha avançado na cara dela. Aí eu contei pra enfermeira chefe. Eu não sei se foi falado. Idiota! Botar uma luva pra ver os sinais vitais... com que... ela ia ter contato com o quê? E daí eu me senti mal, assim... o mais assim, não. Com a graça de Deus, o mais assim não [Hera].

[...] eles vêm me dão um beijinho na mão, me dão um beijinho no rosto, aí eu já me vendo com aquele beijinho, entendeu? Então... assim, mas eu também acho que... é próprio de mim, eu não consigo mudar. Pode ser que amanhã ou depois eu mude, né? [Átropos].

*Os meus guris já estão grandes. Até o meu mais velho é meio envergonhado, assim... Ele não gosta de carinho. Se eu tô assim perto dele assim, ele não... não fica assim... **me tocando**, me beijando. A minha menina já me beija, assim. Não é porque, eu... é porque é o jeito dele. A minha menina não, só vive me beijando, me tocando, me abraçando, e eu tenho um menino de 4 anos também que ele só vive agarrado comigo, assim né? [Héstia].*

Como pessoa hoje eu me amo. Hoje eu posso dizer que amo alguém porque eu me amo, né? Não é verdade? Porque pra gente amar alguém a gente tem que se amar primeiro. Hoje eu me acho bonita [Nike].

O ser-mulher Eufrosina é apaixonada, é vida, é determinada, é crítica... O meu marido diz que eu sou bocuda, é... bocuda e linguaruda. Que mais que eu sou? Sou carinhosa, sou um amor, um caminhão de carinho. Eu sou um poço de carinho. Sou muito cativante. Meus namorados gostavam de mim por causa disso. Eu sou muito querida, carinhosa. Sou muito compreensiva também. Sabe por que que meu marido diz que me ama e que gosta de mim? Ele diz que é porque eu sou o tipo de mulher que não fica perguntando: onde é que tu teve até agora? Aonde é que tu tivesse? Com quem tu tivesse? O que é que estavas fazendo? Por que é que viesses só agora? Essas coisas assim... Eles não gostam. Foi por isso que ele deixou da outra. Eu sou tudo ao contrário. Tudo que ela é eu não sou. Só que eu digo pra ele: mas também não me chifra hein... Porque senão eu viro do avesso!! [Eufrosina].

*Com a minha mãe eu não tive tanto vínculo e aí houve uma época quando eu tinha por volta de uns sete anos, o meu pai ele já fazia uso de drogas, né, então ele tentou... alguma coisa comigo. Ele **tocava** os meus seios, né? Era quando ele tava drogado. Aí ele dizia que tava me testando, pra ver se um dia quando eu tivesse um namorado eu ia fazer aquilo, às vezes fazia questão de tomar banho na minha frente... E, depois que ele começou a fazer isso, eu não tive mais prazer nenhum de ir pra casa de minha mãe. Mas também nunca, nunca, tive coragem de contar pra elas. Sempre assim. Da minha doença ninguém sabe [Atena].*

*[...] E daí tem que tá enfaixando o seio e é chato... **os outros tocando na gente**. Eu não sei, **eu não gosto**. Mas agora já tá quase acabando já... tá passando **esse sacrifício**. Já tá secando. Já faz cinco dias [Hera].*

Percebe-se e quer ser percebida, enquanto ser-mulher como “*um si*” que se compreende no meio das coisas, que tem o poder de sentir, e sentindo é sensível **para si** mesma e para outrem:

Só que claro, tem dias que a gente tá chateada, pensa numa coisa, vê uma coisa e não pode... só que eu na hora que eu penso, tento tirar da cabeça. Porque às vezes eu penso assim, poxa, não posso dar nada pro meu filho? Mas daí eu já penso: mas também ele não tá precisando. O importante é o alimento, é o carinho... melhor coisa é o alimento e o carinho e a educação. O brinquedo ganha de outro. Então assim, tem dia que a gente tá calma, tem dia que a gente tá alegre, tem dia que tá

revoltada com a própria vida. Então... é assim. O dia que tô alegre, tô alegre, o dia que tô chateada, também fico na minha, não sou de sair discutindo com todo mundo, porque eu acho que ninguém tem culpa do que a gente tá sentindo, do que a gente passa [Ananke].

Percebe-se e quer ser percebida como alguém que gosta de si e de cuidar de si:

Sou muito vaidosa, tô doida pra chegar em casa lavar os meus cabelos, tirar minha sobrancelha, tirar meu bigodinho que está enorme, passar um creme pra tirar essas manchas que eu não agüento mais. Ah, como eu quero lavar meu cabelo! Vou lavar em casa porque aí eu tenho secador [Eufrosina].

Sou vaidosa, eu trabalho com salão de beleza, eu gosto muito de me arrumar, eu gosto muito de tá com a unha arrumada... Agora eu tô me sentindo um traste, né, pois agora não dá pra se arrumar. O cabelo tá horrível, eu gostaria de arrumar mas tem que trazer as coisas e ele não traz (sorrisos). Intervi dizendo que ela estava bonita ao natural e ela retrucou e disse-me: o natural às vezes é feio (sorrisos). Ah eu sou muito vaidosa, eu gosto de ter... eu gosto de cuidar de mim, eu gosto de cuidar de minha casa, gosto de ter as coisas boas, não gosto de nada pela metade (sorrisos) [Hera].

Percebe-se e quer ser percebida do jeito que é na sua autenticidade, quando expressa *eu sou o que eu sou*:

Ah, eu sou assim... Eu sempre falo assim que... eu sou o que eu sou... Se eu sou pobre, se eu sou isso, eu não escondo. Porque não adianta eu dizer... assim ah, em casa eu tenho uma pobreza e sair na rua, e querer mostrar outra coisa. Então eu digo que eu sou o que eu sou... dizer que tenho aquilo, se no fundo eu não tenho nada. [...] eu me boto no meu lugar. Não adianta eu sair contando que tenho isso, que tenho aquilo, outro dia eu posso tá indo na mesma pessoa pedir ajuda porque eu não tenho nada. Então eu acho isso aí... eu pra mim, eu sou o que sou, sou do jeito que sou. Eu sou assim... [Ananke].

Ou, ainda, quando nos dizem:

*Eu tenho um temperamento... forte, sou... ah, deixa eu ver como é que eu vou te dizer... É... tenho um gênio forte, né? É... também sou uma pessoa bem amável, sou uma pessoa sincera, o que eu tenho para falar eu falo, eu não... não mando recado... Sou vaidosa, sou carinhosa. O que eu mais gosto de mim... Ah, eu acho que tudo. Não tem nada assim de especial, entendeu? Eu gosto do meu jeito de ser. Eu gosto de mim, eu tenho amor próprio. **Primeiro sempre eu**, claro que eu penso nas pessoas também, mas primeiro sempre eu. Se essa pessoa está me prejudicando, eu já descarto, penso primeiro no meu bem-estar. Não sei, talvez seja egoísmo, talvez não, não sei ma eu penso sempre primeiro em mim. Acho que é isso [Hybris].*

[...] quando eu tenho certeza daquilo que eu quero, do que eu acredito, eu vou atrás, eu não desisto com facilidade, né, e as pessoas que convivem comigo dizem que eu tenho uma energia muito boa [Atena].

Percebe-se e quer ser percebida como sendo “igual às outras”. E quando diz *igual às outras*, está se referindo às outras mulheres que não são HIV positivas, negando qualquer atributo que faça alguma distinção entre as demais. Quer ser tratada como igual a qualquer outro ser humano, sem nenhum caráter especial.

Este é o modo do ser-mulher perceber-se e também o modo como gostaria de ser percebida, como alguém, acima de tudo, *que não faz mal a ninguém*.

7.4 PERCEBENDO-SE COMO SER-MÃE: *eu sou muito mãezona...*

Este significado revela, com intensidade, o lugar privilegiado que a maternidade e a função materna ocupam na existência da maior parte das mulheres/mães entrevistadas. A vivência da maternidade desencadeia uma imagem do corpo próprio a partir do momento em que o ser-mulher se transforma em ser-mãe. São transformações que se exprimem a partir da compreensão ou do ato de perceber-se como ser-mãe, buscando estabelecer uma relação de equilíbrio do corpo específico e do corpo circundante. A corporeidade do ser-mulher centralizada na maternidade aciona uma multiplicidade de decisões e ações que fazem parte do seu corpo próprio e envolvem diferentes dimensões e momentos do ciclo reprodutivo, ou seja, desde a concepção à gestação, à parturição e, por fim, à amamentação.

Longe de ser apenas um fenômeno biológico, o processo de transformação do ser-mulher em ser-mãe aparece como circunscrito numa ampla rede de significações, onde o ideal da boa mãe, fortemente presente na fala das mulheres/mães entrevistadas, reflete modelos⁴³ construídos socialmente, e a *mãezona*, também podendo ser reconhecida simbolicamente como *a mãe coruja* ou *corujona*, a *ótima* mãe, entre outros adjetivos, aparece como imagem idealizada da mãe. Ela é competente, *expert* em cuidar do filho e nele deposita sua razão de ser e existir, pavimentando obstinada e incessantemente o caminho para a realização e a felicidade dele. É carinhosa, dedicada, amorosa, equilibrada, calma e disponível, realizando com prazer e abnegação todas as tarefas inerentes ao cumprimento do seu papel de mãe. Alimenta, acaricia, educa e protege. Tal imagem se faz presente na fala das mulheres/mães entrevistadas que ao expressarem o modo como se percebem enquanto mães, identificam-se como sendo: uma *ótima* mãe, *mãezona*, *mãe coruja*, tipo *corujona*, mãe bem presente, carinhosa e feliz, que adora ser mãe, gosta de cuidar dos filhos, dar

⁴³ Identificados e muito bem descritos por Badinter (1985), Salem, (1987), Hrdy, (2001), como assumindo diferentes contornos em decorrência das contingências e interesses do contexto histórico e sociocultural.

carinho e atenção, que se sente realizada, *derretida*, muito *boba* pelos filhos, superprotetora, bem prestativa, cuidadosa, dedicada, que educa os filhos com regras e também é bem paciente (ver quadro IV).

Quadro IV – Percebendo-se como *ser-mãe*.

Unidades de significado reduzidas	Convergência das unidades temáticas
Percebendo que é uma mãe coruja/corujona/mãezona/ótima mãe.	[Hebe, Hera, Irina, Hybris, Irina, Aglaia, Átropos, Ártemis, Hebe, Eufrosina, Nike, Afrodite, Métis]
Percebendo que é uma mãe muito protetora.	[Eufrosina, Cloto, Deméter, Átropos, Têmis, Cloto]
Percebendo que é uma mãe muito carinhosa.	[Aidos, Héstia, Átropos, Perséfone, Leucothéa, Têmis]
Percebendo que é uma mãe bastante feliz/muito realizada.	[Aidos, Atena, Ino, Selene, Hybris]
Percebendo que é uma mãe dedicada.	[Aidos, Ananke, Afrodite, Ananke]
Percebendo que é uma mãe que educa.	[Ananke, Ártemis, Aglaia, Métis]
[Ananke, Ártemis, Aglaia, Metis].	[Ártemis, Aglaia, Afrodite, Leucothéa]
Percebendo que é uma mãe muito atenciosa/prestativa.	[Ártemis, Têmis, Leucothéa, Nike, Métis]
Percebe que é braba com os filhos.	[Héstia, Nike]
Percebendo que é uma mãe bem presente.	[Aidos]
Percebe que como mãe não dá muita liberdade para os filhos.	[Héstia]
Percebendo que é muito boba para os filhos e acreditando que toda mãe é assim.	[Ananke]
Percebendo que como mãe é <i>derretida</i> .	[Átropos]
Percebendo que é uma mãe que não gosta de bater.	[Átropos]
Percebendo que os filhos são sua prioridade número um.	[Átropos, Deméter]
Percebendo que rejeitou ser mãe no começo.	[Agléia]
Percebendo que é uma mãe que se preocupa com a filha.	[Ártemis]
Percebendo que não é uma boa mãe.	[Ate]
Percebendo que é uma bruxa como mãe.	[Ate]
Percebendo que como mãe estabelece regras e limites.	[Aglaia]
Percebendo que ainda se sente irresponsável.	[Afrodite]
Percebendo que é uma mãe paciente.	[Afrodite]
Percebendo que ser mãe é ser a sua mãe.	[Leucothéa]
Percebendo que é uma mãe guerreira.	[Leucothéa]
Percebendo que é difícil ser mãe.	[Ino]
Percebendo que como mãe é <i>toda uma criança</i> .	[Perséfone]

Assim descrito e percebido, o ser-mãe revela-se, acima de tudo, como a principal responsável pela criação e bem-estar do seu filho, dedicando-lhe a maior parte do tempo, ou seja, centralizando sua existência nessa tarefa. Com raras exceções, é de sua responsabilidade os cuidados integrais indispensáveis ao adequado crescimento e desenvolvimento saudáveis dos filhos, cabendo-lhe também o controle e a organização das tarefas diárias relacionadas ao cotidiano deles e ao seu preparo para a sobrevivência futura, como bem ilustra a fala de Aglaia:

Eu amo meus filhos de paixão, mas também tem limite pra tudo. Nem tudo a gente pode largar a Deus dará. Deixar a Deus dará. Vai estudar?...Vai estudar. Vai pra escola, é hora de escola, tem que estudar. Tem que ir pra escola, tem que fazer deveres, tal hora tem que tá dentro de casa. Eu não deixo a Deus dará não Vanda, eu não. O meu menino de 15 anos, nove horas tem que tá dentro de casa. Dez horas na rua não fica. Eu não deixo Vanda, sabe? Tem hora pra comer, tem hora pra tomar café, levanta sete e meia da manhã vai pra escola, a menina, uma e meia da tarde vai pra escola, que um estuda de manhã outro de tarde, entendesse? Dentro de casa quando eu trato eles, um lava a louça, um varre a casa, um me ajuda a varrer o quintal, todo mundo tem os afazeres. Porque eu tava grávida dela e eu não posso fazer tudo sozinha. Eu tenho que trabalhar, eu tenho que sustentar eles, eu tenho que cuidar deles e ainda tenho que limpar a casa. Eles tem que me ajudar. Um lava a louça, um faz as camas, um varre a casa, eu lavo a roupa. Lá é assim Vanda, cada um tem a sua responsabilidade. Isso se chama responsabilidade. Porque se eu vier a morrer, eles sabem cozinhar o feijão, eles sabem fazer um arroz, eles sabem... de fome eles não morrem. De fome eles não morrem. Porque o meu filho de 18 anos casou, tá junto com a gurria, com a moça, mas ela não sabe nem cozinhar um arroz. Ele faz feijão, ele que faz o arroz, ele que faz uma carne, até pudim ele faz. Tudo que eu ensinei. Eu ensinei. De fome ele não morre e os outros dois também. Eu tô aqui, mas eles se viram, apesar de que tão na casa do meu filho mais velho, né, sozinhos eles também não tão, que eu não deixei. E ela veio ontem me visitar e eu disse: filha vai pra escola, não é porque a mãe tá aqui que tu vai largar a escola. Vai pra aula que quando eu chegar eu quer ver os teus cadernos. Tem que ter responsabilidade, porque eu também não vou ficar pra semente [Aglaiia].

Para o universo das mulheres/mães entrevistadas, de modo geral e independente da idade, escolaridade e ocupação, a noção historicamente construída e socialmente incorporada de que a mulher destina-se à maternidade, por sua natureza biológica parece manter-se não só inabalada, como também fortalecida. É na privacidade do lar, no exercício da maternagem que as mulheres/mães entrevistadas parecem encontrar sua satisfação e realização enquanto seres vivos no mundo. A condição de HIV+ não lhes tira o desejo e o prazer de ser-mãe e, talvez pelo fato de verem no horizonte existencial suas vidas ameaçadas, centralizam toda a força do seu existir na sua capacidade de gerar a vida e na arte de cuidar da vida. A condição de ser-mãe é vivenciada como uma estratégia de profunda realização pessoal, cuja compreensão, na sua totalidade, me pareceu ser de difícil apreensão. A possibilidade da maternidade fortalece sua auto-estima na medida em que o milagre da vida, expressão maior da existência, desafia o mistério sombrio da doença e da morte, que as acompanham, atormentam e ameaçam.

Este modo de perceberem-se, entretanto, contrapõe-se radicalmente ao modo como as trabalhadoras de Enfermagem das unidades de alojamento conjunto de uma das maternidades em que o estudo foi realizado, as percebem, conforme descrito por

Monticelli (2003) em sua tese de doutoramento intitulada “Aproximações culturais entre trabalhadoras de Enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto”. Neste estudo, a autora, ao focalizar as “puérperas com AIDS” sob a ótica das trabalhadoras de enfermagem, coloca em evidência certas representações relativas ao papel materno, como sendo absolutamente incompatíveis com a condição de portadora do HIV/AIDS. Segundo a autora, de acordo com a percepção das trabalhadoras, as “mães com AIDS” estão inseridas “na categoria das mulheres que apresentam dificuldades para serem mães” (pp.213 e 214), ou em outras palavras, “é como se o fato de ser portadora da doença não ‘combinasse’ com a experiência de ser mãe” (p.214). Tais representações quando contrastadas com as percepções das mulheres/mães HIV positivas entrevistadas, revelam-se fortemente impregnadas de preconceito e estigma social, além de que, parecem não levar em conta os sentimentos maternos das mulheres/mães HIV positivas.

7.4.1 Definindo o que é ser boa mãe, mãe *coruja/corujona/mãezona* e mãe protetora

O significado de “*eu sou uma mãe coruja/corujona/mãezona/ótima-mãe*” é definido como aquela mãe que protege, dá carinho e cuida o máximo possível do filho, não deixando falta-lhe nada (ver Quadro V):

Como mãe, eu sou uma mãe coruja (sorrisos). Pra mim mãe coruja é aquela que protege o filho, dá carinho e... cuida assim...[Irina].

Eu vou ser a melhor mãe pra ele. E ser a melhor mãe pra ele é poder atender ele em tudo, não deixar faltar nada. Se eu não procurara dar amor pra ele, quem é que vai dar? [Hebe].

Se eu pudesse eu faria o possível e o impossível, assim... eu acho que eu ultrapassaria as barreiras da impossibilidade para dar tudo para os meus filhos, sabe? Qualquer coisa eu faria, eu acho que qualquer mãe faria [Eufrosina].

E ser protetora é cuidar o máximo possível, fazer o bem possível... [Eufrosina].

Como mãe eu me vejo assim... é como se eu tivesse um vaso que se alguém fizesse um risco, eu seria capaz de matar aquela pessoa, pelos meus filhos [Deméter].

Quadro V – Definindo o que é ser boa mãe, mãe *coruja/corujona/mãezona* e mãe protetora.

Definindo a mãe coruja/mãezona como aquela que protege o filho, dá carinho e cuida.
 Definindo a melhor mãe como aquela que atende o filho em tudo, não deixando faltar nada.
 Definindo a boa mãe como aquela que cuida bem do filho e não deixa faltar nada.
 Definindo a mãe protetora como aquela que cuida o máximo do filho, fazendo todo bem possível.

7.4.2 Expressando sentimentos pelo filho e pela condição de ser-mãe

Ao expressarem seus sentimentos em relação aos filhos, o amor materno e todos os seus ingredientes aparecem como sinônimos de boa mãe, a principal característica da maternidade, constituindo-se em suporte para o estabelecimento e fortalecimento do apego e vínculo entre mãe e filho (ver Quadro VI). Esta leitura permite desvendar que o amor materno apresenta-se absorvido por uma rede mais ampla de significados, onde a maternidade, vinculada não só à função biológica, mas também articulada a um sistema de códigos e valores ideologicamente estruturados, assume posição de destaque. As percepções de ser-mãe expressam-se não apenas como uma função biológica (de conceber, procriar, reproduzir e gerar a vida), mas, sobretudo, como um fenômeno atado ao mundo cultural e social, onde as palavras de ordem consistem em cuidar, tratar bem, proteger, educar, entre outros já evidenciados. Na verdade, estes significados mostram a absorção dos modelos de maternidade existentes na cultura ocidental, onde o ideal clássico e tradicional da mãe devotada aos filhos e da protetora integral parece irretocável:

Acho que agora, eu não saberia viver sem ele. Ah, eu acho que eu vou ser bem apegada a ele e acho que ele vai ser bem apegado a mim [Agléia].

Ah, pra mim foi... a hora que eu descobri que ia ser mãe, foi uma felicidade enorme, né? Sempre pensei em ser mãe e... como que tá sendo? Ah, tá sendo tudo de bom, ah ele é o amor da minha vida. Eu não esperava tanto. Ah, e espero que... que seja tudo assim pra mim. Vou me dedicar ao máximo em ser mãe, ou seja, vou dar amor, dar muita atenção, carinho... compreender também ele né? Que isso é importante, né? Com certeza vou ser uma mãe coruja. Eu estou muito feliz com ele. Ele é o amor da minha vida [Hybris].

Quadro VI – Expressando sentimentos pelo filho e pela condição de *ser-mãe*.

Unidades de significado reduzidas	Convergência de unidades
Sentindo que ama/adora seus filhos.	[Hera, Ártemis, Héstia]
Sentindo que agora não saberia viver sem ele.	[Agléia, Hebe]
Sentindo que vai ser apegada a ele e ele a ela.	[Agléia]
Sentindo que ele é o amor da sua vida.	[Hybris]
Sentindo que ama os filhos de paixão, mas tudo tem limite.	[Agléia]
Sentindo que é muito carinhosa.	[Ártemis]
Sentindo felicidade ao saber que ia ser mãe.	[Hybris]
Sentindo que é carinhosa, <i>é toda uma criança</i> .	[Perséfone]
Sentindo que sempre pensou em ser mãe.	[Atena]
Sentindo que é muito feliz como mãe.	[Cloto]
Sentindo que ama os filhos e vive por eles.	[Deméter]
Sentindo que adora os filhos e gosta que eles estejam bem cuidados.	[Nike, Deméter, Hera]
Sentindo que o filho é um <i>pedaço do seu ser</i> ...	[Perséfone]
Sentindo que é uma bruxa como mãe, brigo, grito, sou enérgica.	[Ate]

Embora a maior parte das mulheres/entrevistadas expresse sentimentos de amor e carinho para com seus filhos, Ate revela seu sentimento de modo diferente, aproximando-se do que existe de mais forte na nossa cultura para simbolizar a maldade, que é a figura da bruxa. Esta expressão, carregada de sentido, parece reforçar a tese sustentada por Badinter (1985) de que o amor materno não é um fenômeno inato, universal, circunscrito à natureza feminina, ao contrário, ele é:

um sentimento essencialmente contingente que pode existir ou não, ser ou desaparecer. Mostrar-se forte ou frágil. Preferir um filho ou entregar-se a todos. Isto depende da mãe, de sua história e da História (BADINTER, 1985, p. 367).

7.4.3 Percebendo mudanças com a chegada do filho

Neste estudo, a vivência da maternidade determina mudanças importantes no modo de ser e agir das mulheres/mães entrevistadas.

Agora com filho não tão vaidosa. Já tão vaidosa [Cloto].

Aí... eu não sei, eu acho que ele vai mudar, assim... em relação... É como eu falei pra ele assim: essa criança mudou a minha vida, eu disse pra ele. Porque eu saía, curtia, eu saía sempre com as minhas amigas, com a minha irmã. Aí depois que eu fiquei grávida eu parei de sair. Eu disse assim: já mudou, a partir do momento que eu fiquei grávida, a minha vida mudou e a partir do momento que ele nasceu, já mudou também [Agléia].

Ser mãe é legal né, a gente se sente outra pessoa. Quer dizer, já sabe que tem um filho pra cuidar né, não é só sempre a gente né? Com um filho pra cuidar né...aí é outra pessoa [Ino].

Entre as mulheres/mães entrevistadas, chamou-me a atenção que algumas, ao expressarem o modo como se percebem enquanto mães, retomam a figura da própria mãe, como nos casos de Hebe, Ártemis e Leucothéa:

Pensei... se a mãe tivesse me dado aquele amor que eu precisei, hoje eu não estaria assim, eu acho... Eu acho que, por mais que ela tenha sido tratada mal, ela deveria ter tratado seus filhos diferente do que ela foi tratada. Mas como a pessoa vive do passado, ela leva a vida...ela traz o jeito que foi tratada. Eu não acho isso certo. Ela fica dizendo: ah, a minha mãe não precisava falar duas vezes, ela falava eu já fazia. Diz que tratava ela mal, assim... Daí ela começou a tratar a gente assim do jeito dela, do jeito que foi tratada. O amor que a gente precisa mais, não é de um pai, e sim de uma mãe. Porque pai, qualquer um substitui. Eu tento dar carinho pra ela, mas eu não consigo. Ela não me dá oportunidade. Ela diz que a gente não gosta dela. Daí eu disse pra ela assim se eu não gostasse, eu não ia me sujeitar grávida, ir correndo marcar consulta com o médico pra ela, eu não iria andar até o INPS pra trazer o remédio dela, entendesse? Se eu não gostasse, eu não ia me sujeitar a tudo isso. Só que ela não reconhece. Até oh, antes de eu me internar, no Domingo a noite, eu fiz a unha do pé dela pra deixar ela mais feliz, assim... mas ah, só que não adianta. As mães só conseguem dar valor pros filhos quando eles estão mortos ou então na pior. Eu vivi isso e tô vivendo até hoje [Hebe].

Hebe reclama a falta do amor materno que tanto precisava e não recebeu, atribuindo à sua mãe as circunstâncias em que se encontra hoje. Fala com muita mágoa da mãe, pelo modo como é tratada pela mesma, e critica o fato de ela reproduzir o modelo de educação que herdou também de sua mãe, retomando com frequência exemplos de sua história. Na sua percepção, o amor que precisamos não é o paterno, porque este considera substituível. Enfatiza que o que precisamos mesmo é o amor da mãe. Enquanto reclama da falta de amor materno, empreende tentativas de dar provas de amor filial, mas sem sucesso porque a mãe parece não perceber e muito menos reconhecer, o que lamenta profundamente. Mãe e filha, filha e mãe, uma relação a ser resolvida. Com base na sua vivência pessoal, generaliza estendendo a todas as mães o conceito de que as mesmas só valorizam os filhos quando estão mortos ou na *pior*.

Ártemis, por sua vez, também reprova o modelo que vivenciou com sua própria mãe, retomando-o como exemplo a não ser seguido:

*Preocupa porque ela quer... já tá na idade de querer namorar e eu já sou um pouco assim oh, eu sou do tipo... **eu tento não ser igual a minha mãe.** Eu tento conversar. Eu não tive a conversa com a minha mãe, entende? [Ártemis].*

A vivência de Leucothéa difere das mencionadas anteriormente, pois reconhece na figura materna um modelo de mãe a ser reproduzido, valorizado e respeitado.

Ser mãe pra mim, é como ser a minha mãe (sorrisos). O que a minha mãe passou. Eu vejo isso. É isso. [Leucothea]. Aí eu fico vendo, pô a gente tem que dar valor e muito às mães. Por mais que... às vezes ela tá errada, ou a gente tá errada, mas a gente nunca deve ser... é... ficar contra a sua mãe. Pelo contrário, tem que ficar a favor de sua mãe. Que mãe é tudo pra nós... mãe é tudo, né? Minha mãe é... minha

mãe, é mãe e amiga. Quando eu era solteira assim, né? Até hoje ela é assim, né? Apesar desses preconceitos... que eles no começo eles foram preconceituosos comigo, né, tiveram muito preconceito comigo né, mas nunca deixei de não amar eles [Leucothéa].

Embora as descrições contenham elementos diferentes, trazem à tona uma questão que tem sido objeto de pesquisa especialmente nas últimas décadas, notadamente na área de Psicologia. Trata-se da questão do vínculo mãe/filha e suas repercussões no desenvolvimento da personalidade da mulher. Neste sentido, vale mencionar os trabalhos desenvolvidos por Cohler; Grunebaun (1981) que, ao desenvolverem um estudo sobre a personalidade feminina, identificaram que as mulheres (moças) são acometidas de uma falta de desligamento de suas mães, o que não ocorre com os rapazes em relação aos seus pais. Embora as mulheres tenham lutado socialmente por uma nova independência, ainda sofrem efeitos psicológicos de dependência em relação às suas mães.

Já, para a feminista Chodorow (1978), *essa ligação com a mãe é que mantém as meninas num estado intermediário entre a infância e um desenvolvimento psicológico completo.*

7.5 PERCEBENDO-SE COMO SER-MULHER/MÃE HIV POSITIVA: *a gente nunca imagina que isso pode acontecer com a gente...*

Entre os vários significados e temas essenciais que vieram à luz no presente estudo, a partir do conjunto de dados apreendidos da fala e da expressividade corporal do ser-mulher/mãe enquanto ser-sujeito engajado no mundo, aprendi que o fenômeno da condição de HIV positiva, que lhe é conferida através de exames mediante reações que comprovam a presença desse vírus altamente letal em seu corpo, com toda a potência de seu impacto e suas implicações, sejam de ordem física, psíquica, social, moral, cultural e espiritual, ocupa lugar privilegiado em sua existência. O mesmo se faz presente nos diferentes momentos do percurso do seu existir, determinando no âmbito do corpo próprio comportamentos expressivos dos mais variados, envolvendo a totalidade de sua existência. Tal condição está demarcada por diferentes fases, que são influenciadas por múltiplos fatores, incluindo desde o momento da descoberta, e em

determinadas situações até mesmo o período que a antecede, o modo como descobriu, as reações em face dela, a modalidade de transmissão, bem como os seus complexos desdobramentos. Os significados expressos pelos sujeitos significativos formam uma rede em torno do significado principal, que pode ser compreendido como **percebendo-se como ser-mulher/mãe HIV positiva: a gente nunca imagina que isso pode acontecer com a gente**, que, por sua vez, estão desdobrados em outros temas, formando uma constelação, a saber: **descobrimo e reagindo à descoberta da condição de HIV positiva, convivendo com a condição de HIV positiva e fazendo movimentos de transcendência**.

7.5.1 Descobrimo ser HIV positiva e reagindo à descoberta

O significado de “*a gente nunca imagina que pode acontecer com a gente*” revela sinais de auto-estigmatização, introjetando no corpo vivido do ser-mulher/mãe um conjunto de atitudes e reações negativas advindas da percepção na relação consigo mesma, com outrem e o mundo da vida. É um fenômeno complexo, que aparece envolto por múltiplas dimensões da existência do ser, e parece estar congruente com o identificado por Gilman (1998), ao se referir ao HIV/AIDS como sendo uma doença “dos outros”. Este mesmo significado está presente na pesquisa desenvolvida por Joffe (1995), ao estudar as representações sociais transculturais da AIDS em um grupo de sessenta jovens africanos e britânicos, homens e mulheres, escolarizados. Neste estudo a doença é assim representada, por considerarem que “o outro” possui práticas sexuais pervertidas, antinaturais e, portanto, geradoras de doença.

A descoberta da condição de HIV positiva pelas 24 mulheres/mães que constituíram o universo do presente estudo deu-se em diferentes momentos, ou seja, dez descobriram na gestação atual, durante o pré-natal, o pré-parto e o parto; seis em gestações anteriores, incluindo uma no período puerperal; quatro na ocasião em que suas filhas vieram a adoecer gravemente; e quatro fora do período gestacional, sendo que, entre estas, uma foi por apresentar quadros recorrentes de pneumonia, outra por ocasião de complicações com a saúde do marido e mais duas que descobriram realizando o exame levadas por uma decisão pessoal.

Se observarmos atentamente estes dados, vamos perceber que a maior parte das mulheres/mães (em número de 16) realizou o teste anti-HIV oferecido como rotina pela rede pública durante o período gestacional, seja na gravidez atual ou nas anteriores. Embora estes dados mostrem uma certa homogeneidade em relação ao momento em que descobriram a sua condição de HIV+, os movimentos realizados pelas mulheres/mães entrevistadas para esta finalidade variaram entre a simples aceitação para a realização do exame, quando oferecido pelo serviço, até o adiamento e a recusa em realizá-lo. Algumas se submeteram ao exame sem qualquer preocupação prévia, pois não se imaginavam em situação de risco, como relata Atena:

Na primeira gravidez, o médico aconselhou a fazer o exame, por causa do neném e aí como eu fiz todos os outros exames, não tive nenhuma dificuldade de fazer esse. Até porque, sabe aquela história que a gente pensa que nunca vai acontecer com a gente, né? O médico pediu pra eu fazer, foi a coisa mais natural do mundo porque não passava pela minha cabeça que naquelas relações que eu tive, eu tivesse pego, porque todas as pessoas com que eu me relacionei, eram pessoas aparentemente corretas, de boa família [Atena].

Também tem aquelas que, desconfiadas da possibilidade de serem HIV+ por reconhecerem em si e nos seus parceiros comportamentos de risco, até o momento do parto não tinham realizado ou não haviam procurado o resultado do exame antes de virem para a maternidade. Entre as que realizaram, uma, a princípio, não queria fazer o pré-natal com medo de ter que realizar o teste e descobrir sua condição de HIV+, mas posteriormente tomou a decisão de realizá-lo para proteger o bebê, porque por ela própria preferia não fazer. É o caso de Deméter, que nos empresta seu depoimento, falando da sua vivência em relação a esse assunto:

Foi assim, eu engravidei né, daí... só que eu tinha me separado do meu marido, fiquei três meses separada dele. A gente mora no Paraná e eu vim pra Florianópolis e... durante esses três meses ele ficou com uma guria, lá. Ela é portadora do vírus do HIV e ele não sabia, mas eu sabia. Sabia né, da fama dela, e tal... E quando a gente voltou junto... dali a três meses a gente voltou junto, ele veio aqui me buscar e aí eu voltei pra lá, logo eu engravidei desse neném agora. E... aí eu descobri depois de mais um tempo, que ele ficou com essa guria durante esses três meses, ele ficou com ela. E... depois que eu descobri isso e descobri que estava grávida, eu não tive coragem de fazer o pré-natal. Eu fiquei com depressão, com medo de ter o vírus e não fui fazer o pré-natal. Eu preferia até não ter feito esse exame. Eu só fiz pra mim não passar pro neném na hora do parto. Foi só por isso que eu fiz. Porque se eu não tivesse engravidado eu nunca que teria feito. Eu não queria saber. Eu ia morrer e não ia saber do que que eu morri. Quem sabe quando se eu tivesse... quando eu morresse precisasse ir pro hospital daí até iam descobrir, mas eu pelo menos não ia porque daí eu ia tá morta (sorrisos). Se um dia fosse isso seria assim, mas como aconteceu de eu engravidar de novo, aí eu descobri, porque senão eu não teria feito [Deméter].

E ainda teve aquela situação em que a mulher/mãe entrevistada não realizou o pré-natal e recusou-se a fazer o exame de rotina no momento do parto, também por medo, conforme relatarei mais adiante.

O fato de cinco das 24 mulheres/mães entrevistadas virem para a maternidade sem o resultado do exame mostra que, apesar de comprovada a eficácia de medidas de prevenção à transmissão do HIV da mãe para o filho durante o período da gestação e parto, dos esforços empreendidos e dos grandes investimentos realizados pelos órgãos públicos na área, muito ainda precisa ser feito e melhor compreendido no que diz respeito a esta população específica.

A partir da minha aproximação, observação, convívio e diálogo estabelecido com estas mulheres/mães, aprendi que o impacto da revelação do diagnóstico de soropositividade é percebido de diferentes modos para cada uma delas, e a maneira de reagir face à descoberta é influenciada de acordo com diferentes fatores. Para algumas, trata-se da comprovação de uma suspeita, embora seja tão difícil de enfrentar quanto em outras situações. Para outras, se constitui num choque, pelo inusitado e dito como nunca imaginado. Seja como for, ao serem informadas sobre a condição de HIV positivas, prevalecem no conjunto dos dados, salvo, com raríssimas exceções, reações que expressam sentimentos, pensamentos e condutas que variam desde o estado inicial de choque ou negação, quando são acionados mecanismos de não-aceitação, como desejo de se matar e abortar, seguidos e/ou acompanhados de outros, tais como: tristeza, revolta/ira, culpa, medo (da morte iminente, do estigma e discriminação, do abandono), depressão e, finalmente, a aceitação, conforme é possível observar em algumas de suas falas de acordo com o período em que descobriram. Nem todas as mulheres/mães vivenciam integralmente as diferentes fases ou seguem a mesma seqüência, podendo alguma fase ocorrer simultaneamente à outra, mas todas revelam, de um modo ou de outro, o quanto ficam abaladas no momento da descoberta e as dificuldades que enfrentam para lidar com a situação. Estas fases estão bem próximas da clássica categorização feita por Kübler-Ross (1993 e 1997), ao observar as reações de pacientes acometidos com câncer, e também têm sido exaustivamente descritas na literatura por vários autores, o que pode ser constatado nos estudos realizados por realizados por Zaleski e Vietta (1998).

Temas como estigmatização e discriminação, associados ao HIV e AIDS, dependência, isolamento social e falta de recursos materiais para o enfrentamento de dificuldades cotidianas gerando estresse, são emergentes nas descrições experienciais, a exemplo do estudo realizado por Tunala, (2002). Esta autora, ao investigar 150 mulheres portadoras do HIV atendidas no Centro de Referência e Tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, identificou que as fontes de estresse apresentadas pelo universo de mulheres estudadas, guardam em seu interior um conteúdo afetivo relacional importante, derivadas em grande medida do estigma social à doença e também de temas comuns a todas as mulheres.

No conjunto dos dados, também me chamou a atenção que as mulheres/mães entrevistadas, ao se referirem à sua condição de HIV positivas, repudiam o uso da palavra AIDS, uma vez que na sua maior parte são portadoras saudáveis do HIV. Para elas está bem clara a diferença entre ser HIV positiva e estar com AIDS. Neste aspecto, pude perceber também através de suas falas e outros gestos, que as mesmas evidenciam que não gostam que utilizem e sentem dificuldade em utilizar a expressão *HIV positiva* ou ainda o termo *soropositiva*. Com frequência tais termos são substituídos pelas expressões: *essa doença, minha doença, esse problema, meu problema, isso, disso aí, esse babado*.

Outro dado geral que me chamou a atenção refere-se ao nome dado aos bebês, na sua maior parte: Vitória, Vitoria e Victor, cujo significado está associado ao sentido que o próprio nome carrega: do latim, vitória, vencedor.

Assim, para melhor compreensão do modo como este processo é vivenciado pelas mulheres/mães entrevistadas no presente estudo, apresento a seguir os diferentes momentos da descoberta e o modo como reagiram em cada um deles.

7.5.1.1 Descobrendo e reagindo a descoberta durante a gestação atual.

Em relação às entrevistadas que descobriram sua condição durante a gestação atual, como Hebe e Deméter, o impacto do diagnóstico desencadeia processos bastante semelhantes: primeiro o sentimento de tristeza profunda, seguido de um comportamento de indefinição de não saber como agir, o que fazer, depois o desejo de

autodestruição – vontade de se matar, que é superada pelo sentimento materno em relação aos filhos que estão sendo gerados em seu ventre; no caso de Deméter, que também menciona preocupação com seus outros filhos; e, por último, ambos os depoimentos referem-se ao sentimento de negação face ao diagnóstico expresso pela sentença: “a gente não acredita que isso está acontecendo com a gente”. No que se refere ao depoimento de Deméter, a presença do confronto com a morte (medo de morrer) está também mais evidenciada como pode ser identificado em suas falas:

*Fiquei sabendo no 4º mês de gravidez, quando fiz o teste; fui consultar com a médica e ela me disse que meu teste tinha dado positivo. Fiquei arrasada, me senti muito mal. Não sabia como agir, o que fazer. Na hora que eu soube, **me deu vontade de me matar**. Mas depois eu pensei duas vezes porque eu sabia que tinha uma criança dentro de mim... Fui para casa chorando muito, preocupada em não contar para ninguém. Cheguei em casa chorando muito. A gente pensa que não vai acontecer com a gente mas quando a gente menos espera, acaba acontecendo [Hebe, 19 anos].*

*Eu fiz o exame no dia no dia 10 de junho e fui saber agora no dia 24 de julho. Daí deu positivo. Quando comprovou, nossa, fiquei muito... eu perdi três quilos numa semana, numa semana eu perdi três quilos eu não conseguia comer, mas aí eu me obriguei senão eu ia matar o neném na minha barriga. E ele falou que o neném eu ainda podia salvar, né? Se eu fizesse direitinho. Só que a gente sabendo que tem, a gente não encara isso como uma realidade. [...] Depois que eu peguei o resultado do exame, eu saí dali, mal agüentei chegar em casa. Só cheguei em casa, fui pro quarto, a sorte é que não tinha ninguém em casa, minha tia tinha saído, porque eu tô na casa de minha tia, aí eu deitei na cama e fiquei... e dali eu não levantei, nem no outro dia. Fiquei três dias deitada, chorando e me martirizando e pensando... só fumando cigarro. Eu fumava um cigarro atrás do outro. E foi aonde eu fui emagrecendo, né. Eu não conseguia comer nada, só tomava água. **Eu só não pensava em c... mas eu... nossa, uma tristeza assim que eu... meu Deus! Eu não acredito que isso tá acontecendo comigo**. Eu supero pelos meus filhos, porque eu penso assim, se eu tentar me matar, se eu fizer c..., se eu quiser usar droga, ou se eu me desgostar da vida, os meus filhos já vão sofrer o dobro do que eles já vão sofrer. Porque eu sei que mais dias menos dias eu vou deixar eles. Entendeu, então eu penso assim, enquanto eu tiver forças e vida eu vou viver bem pra poder cuidar deles. Pelo menos tentar deixar um futuro pra eles né, o tempo que eu permanecer viva. Só isso que eu penso. **A gente nunca imagina que pode acontecer com a gente**. Só que eu nunca podia imaginar que isso ia acontecer comigo né? Porque a gente imagina pros outros... não que gente imagina pros outros, a gente sabe que acontece com outras pessoas. **A gente nunca se imagina acontecendo aquilo, né. Foi isso que aconteceu** [Deméter, 20 anos].*

7.5.1.2 Descobrimo e reagindo a descoberta por ocasião da doença da filha.

Do mesmo modo que referenciado em outros estudos, há mulheres que só ficam sabendo de sua condição de soropositiva quando seus filhos adoecem gravemente e descobrem que eles estão infectados com o HIV (GUINSBURG et al., 1993). Tal situação também foi apresentada pelas mulheres/mães entrevistadas no presente

estudo, entre as quais, apresento três delas: o caso de Ate que, mesmo tendo identificado o envolvimento com pessoas com comportamento de risco e sabendo que sua filha era HIV+, só realizou o exame dois anos após já suspeitar que estava infectada; o caso de Nike que descobriu quando sua filha completou quatro anos e adoeceu.

No que se refere ao modo de reagir face à descoberta da doença, no caso de Ate, o sentimento de negação é bastante forte e ela classifica como tendo sido um *bombo* na sua vida, ou seja, algo muito ruim, e em relação à sua filha não menciona qualquer reação; Nike, por sua vez, reage expressando desejo de morrer e não se conforma por estar acontecendo com sua filha; e, por último, a situação descrita por Cloto que, ao se deparar com o diagnóstico no momento em que sua filha ficou gravemente doente, admite que o impacto foi amortecido pelas contingências do momento, em que sua atenção estava integralmente voltada para a recuperação de sua filha. A descrição destes casos revela que o sentido que cada entrevistada dá para a descoberta de sua condição de HIV+ difere entre si e é essencialmente contingente, sendo determinado pelo *background* cultural, história individual e social e estrutura interna de cada uma, conforme sugerem vários autores, entre os quais Ferraz (1998) e Guimarães (1998). Vejamos o teor expresso em cada uma de suas falas:

O primeiro exame eu fiz mais ou menos em 1998. Isso foi um bombo na minha vida. Bem, depois desse estupro eu procurei tirar da cabeça, tapar o sol com a peneira, rejeitar, a pegar dizer que não, que não era nada. E aí ela nasceu e começou pneumonia uma atrás da outra e fizeram exames e descobriram que ela tinha. Aí ela começou a se tratar e um ano... ou dois anos depois, é que eu fui fazer o exame. Bem depois, porque eu não admiti. Primeiro foi descoberto nela. Fui fazer o exame porque eu comecei a ficar doente. Eu tinha diarreia e vômitos, eram vermes. Fui internada bem mal, quase morri. Emagreci quase 30 kg. É, tava feio. Fiquei com 52 kg. Isso foi quando eu tava grávida da minha última... em 1999 por aí 2000. Acho que foi em 2000 [Ate].

Eu descobri que era portadora do HIV quando a minha filha fez 4 anos e meio e que deu meningite nela. Ela foi pro Hospital Infantil, aí ela tava com meningite, aí eles fizeram aqueles exames todos, aí descobriram que ela era portadora do vírus, daí eu fiquei sabendo que eu era portadora também. Ali daí eu queria morrer, eu queria me matar, queria comprar 5 gramas de cocaína, botar tudo numa seringa e tomar tudo, ah eu fiquei... fiquei doida. Eu podia ter tudo, menos a minha filha, né, eu achava. Eu tinha... na época eu tinha 22 anos quando eu descobri que ela era. Eu soube na rua ainda. Eu soube pela minha irmã ou... alguém que passou lá e disse pra mim. Porque foi assim, uma vizinha lá de casa foi levar o filho dela no Hospital Infantil e soube lá no hospital infantil. Daí ela chegou e espalhou lá por tudo... Foi assim que eu soube. Ah daí foi... ali que fui começando a ir pro fundo mesmo. Ah, daí era só droga e bebida. (apresenta tosse seca irritativa). Nessa hora assim de apoio... eu só tinha daqueles amigos entre aspas, né? [Nike].

[...] eu engravidei tudo, e depois de dois anos foi que eu descobri, porque que a minha menininha que tava com muita pneumonia, ela foi internada, daí foi investigado, daí foi onde acusou. Daí fizeram exame nela, fizeram exame em mim. É porque... ele comentou o meu médico... ele perguntou pra mim do... sobre o pai né, daí eu disse né, que ele usava droga injetável, então daí ele pediu e deu negativo. Tá depois... Eu não sei se eu tava... misturando o momento da... minha filha que ela foi pra UTI e tudo né. Então isso pra mim já não me importava mais, o que eu queria era que ela ficasse bem, né? Então isso... eu acho que passou assim... até me ajudou. Foi... eu acho que foi o jeito mais fácil de eu aceitar. Daí eu superei né. Eu vi que ela ficou bem, tudo. Daí eu comecei a tratar só com... não precisava... era só fazer exame, controlar, né? Porque remédio, não precisava tomar remédio. Só fui tomar remédio quando eu engravidei dela (a filha que acaba de nascer). Só descobri depois quando ela tinha dois anos [Cloto].

7.5.1.3 Descobrimdo e reagindo a descoberta durante os períodos de pré-parto/parto.

Embora o Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2003c) reconheça que o momento do parto não se constitua no ideal para o oferecimento e realização do teste anti-HIV, considera nocivo negar à mulher a oportunidade de ser testada e de se colocar à sua disposição e à do seu filho o tratamento profilático adequado para ambos, estando tal terapia disponível e, com isso, possibilitando reduzir drasticamente a chance de a criança se infectar pelo HIV. No presente estudo algumas mulheres/mães vivenciaram esta situação tais como Hera, Métis, Átropos, Agléia e Héstia. Todas foram submetidas ao teste anti-HIV nos períodos de pré-parto e parto, igualmente experimentando reações de choque e negação, e mais uma vez o significado de **“a gente nunca imagina que isso pode acontecer com a gente”** se mostra, fica evidente, conforme pode ser observado em suas falas.

No relato de Hera é possível perceber alguns ingredientes novos, ou seja, o modo como percebe os movimentos da equipe dos profissionais que a assistem e que nem sempre se dão conta dessa percepção. Neste sentido, sua reação situa-se no modo como a informação do resultado lhe é transmitida, e a terminologia utilizada para esta finalidade também é alvo de sua crítica, ou seja, ataca o uso da terminologia “HIV positivo” por considerá-la impregnada de valores negativos, achando-a *forte, triste, feia*, propondo sua substituição pelo termo “soropositivo”, que na sua percepção é mais ameno, suave e bonito, estando associado com carinho, com um tratamento mais carinhoso. Será que os profissionais em algum momento já refletiram sobre esta questão? Outra observação a ser realçada em relação ao relato de Hera refere-se ao

comportamento do profissional, ou seja, na sua simplicidade ela está se referindo ao comportamento de outrem, e quando nos diz que ele “falou normal como se fosse uma coisa que... pra ele é normal, claro ele não tem”, me fez reportar ao que Merleau-Ponty (1999, p. 477) nos diz sobre nossa percepção em relação a outrem, enquanto comportamento: “[...] Mas enfim o comportamento de outrem e mesmo as falas de outrem não são outrem. O luto de outrem e sua cólera nunca têm o mesmo sentido para ele e para mim. Para ele trata-se de situações vividas, para mim de situações apresentadas”.

Outra questão importante que se pode depreender do depoimento de Hera, relaciona-se com o cuidado e o respeito que os profissionais devem ter em relação à privacidade e confidencialidade da condição de HIV+ das mulheres nos períodos clínicos do pré-parto e parto. Quando Hera nos diz que o profissional *gritou, falou bem alto*, e que ela *não gostou*, estava provavelmente se referindo a esta questão. E neste aspecto, merece também atenção a presença do acompanhante no momento do parto, hoje amplamente recomendada e cada vez mais incorporada pelos serviços, visando à humanização da assistência, o que considero louvável. Mas será que estas mulheres concordam ou estão preparadas para compartilhar a descoberta com outras pessoas, mesmo sendo amigas ou familiares? E, do mesmo modo, será que estes acompanhantes estão preparados para compartilhar este momento com elas? Como irão reagir? O que é vivenciar esta situação num momento tão especial para o ser-mulher? Estas e outras questões que emergiram do diálogo estabelecido com Hera merecem uma reflexão mais aprofundada, mas dada a extensão que envolve este tema, não me permite revisá-lo por completo no presente estudo. Vejamos o depoimento de Hera:

Foi na sala de parto. Ah, eu fiquei gelada. Ah, e fiquei passada, mas... Eu nem desconfiava. Aí passou tudo pela minha cabeça. Me senti mal a hora que o médico falou lá na hora da cirurgia: ah, é HIV positivo. Como é que ele disse? É, ele falou do meu estado né, e daí... pro pessoal que tava lá, né... na hora, e daí eu tava... até eu não tava bem, porque foi uma cirurgia de emergência, porque eles pensaram que eu podia ganhar parto normal e não podia. Aí já tava dando pré-eclampsia e daí o médico viu que não dava né... e se não tirasse aquela hora ali, ia me passar né. Ou me passava ou os dois, eu e o bebê. Daí ele gritou. Foi muito ruim também, muito ruim, não gostei também, me senti super mal, só que na hora assim, já me apaguei né, porque tive que tomar anestesia geral. Botaram lá um oxigênio lá que me desmaiou. Mas escutei a hora que ele falou: ah, é HIV... como é? Soropositivo. Ele não disse soropositivo. Eu acho que a palavra soropositivo é mais bonita do que o HIV e ele gritou bem assim... bem alto: é HIV, é HIV não sei o que... positivo, ele gritou assim. Aí depois desmaiei. Também é muito ruim. Que isso é uma coisa que

eles podiam tratar com mais carinho, né. Assim... com uma palavra mais... por isso que já dizem soropositivo. Soropositivo é uma palavra com mais carinho, agora precisa dizer essa coisa bem terrível, HIV positivo. Ah, porque é feio. Eu acho melhor soropositiva, porque é uma palavra mais suave, né? É uma palavra triste, mas pra bom entendedor... aquele que tem, não é que não goste de falar, mas só que é uma palavra muito forte, né. Eu, eu... eu assim... eu nunca gostei de palavras assim que... são muito fortes. Eu acho que HIV positivo... coisa forte. Então diz soropositivo. Pra isso já tem dois nomes. Esse nome aí, já nem era pra ter. Mas tem né? Ele falou assim... falou normal como se fosse uma coisa que... pra ele é normal, claro ele não tem. Mas pra quem tem, é uma barra pesada. Eu acho que se me senti assim, eu imagino os outros. Aí depois me acordei e tinha um cavalo dando uma injeção na minha perna, que tá doendo até hoje. Eu acho que é a antitetânica. Eu não sei, ele disse pra que que era. Quando vi, ele já tinha enfiado, assim. Eu não sei que injeção era aquela. Outro estúpido também. Mas o resto foi normal, foi bom. O meu companheiro tava no meu lado. Ele ficou ali. Pelo menos a hora que acordei ele tava do lado da cama. Tava ali. Ficou comigo aqui. Se achou... também se achou muito... eu não sei... ele ficou com... eu não sei o que é que ele sentiu, não sei se era vergonha, não sei se ele tava certo [Hera].

Em relação ao depoimento de Métiis, o momento da descoberta também foi dramático e acompanhado pelas mesmas reações de choque, desequilíbrio emocional, confronto com a finitude iminente e desejo de fuga do Centro Obstétrico onde se encontrava para dar à luz. Esta vivência de Métiis me fez reportar simbolicamente ao momento por mim vivenciado, ou seja, parece que o que ela sentiu eu estou sentindo em relação ao presente trabalho. Estou com vontade de fugir do “centro obstétrico” onde me encontro em trabalho de parto para dar à luz ao mesmo, mas sei que não é possível, já que o bebê está quase nascendo, não dá para fugir da situação a essas alturas. Esta reação foi igualmente relatada por Agléia. O que aparece novidade em seu relato, está relacionado à conduta adotada pelos profissionais do centro de saúde da localidade onde reside. Ela se revolta, reclama e faz críticas aos mesmos pelo fato de terem realizado o teste anti-HIV várias vezes no período do pré-natal, não tendo acesso ao resultado, e se surpreende com o envio do mesmo através de fax à maternidade. Analisando a situação apresentada por Métiis, é possível perceber que a mesma não foi devidamente assistida e orientada pelo serviço de saúde mencionado, que ao falhar no encaminhamento do processo diagnóstico, tirou-lhe a chance de fazer a profilaxia anti-retroviral durante a gestação e também de receber um aconselhamento adequado, o que, sem dúvida, contribuiria para diminuir o impacto da descoberta no momento do parto. Seja como for, mais uma vez os profissionais envolvidos são alvo de críticas, apontando para a necessidade de serem mais bem preparados para lidarem com esta situação tão delicada e complexa. Exemplos como estes têm sido alvo de

preocupação dos órgãos governamentais responsáveis pelas políticas públicas de saúde no País, que têm desenvolvido projetos específicos, como o Projeto Nascer, com o objetivo de diminuir a transmissão vertical do HIV e sífilis e melhorar a qualidade da assistência perinatal. Acredito que depoimentos como o de Métis, que se constituem em verdadeiras denúncias de desrespeito aos direitos fundamentais do ser humano, conforme apresento abaixo, contribuem para o alcance destes objetivos:

*Eu soube da notícia ontem, aqui na maternidade, lá embaixo, na sala de parto. Aí eu fiquei mais nervosa ainda, porque eu não sabia de nada, pegou... simplesmente pegou o resultado e ligou pra Maternidade passando um fax que tinha dado reagente. Só que pra mim ele não falou nada. Ele foi lá em casa colheu novo... nova coleta de sangue e não me disse nada. Simplesmente disse que era pouco sangue que ele tinha coletado, que ele ia fazer o exame de novo. Daí eu disse pra ele: na terça feira eu tô indo pra ganhar o neném, porque eu tô com a bolsa rompida. Aí eu cheguei aqui na maternidade e recebi uma notícia assim, oh, de **supetão**. Eu achei, meu Deus!!! **Eles nem falaram pra mim**. A hora que eu sair daqui eu vou procurar... Eu vou lá perguntar por que eles fizeram isso comigo. Eu acho que **eles não têm direito de mexer nos exames dos outros**. Eles têm que pegar e entregar lacrado pra gente, o exame. Não tem que mexer. **Eu me senti como eles invadindo a minha privacidade**. A médica me chamou e disse: oh Metis, o rapaz lá de São João passou o exame pra nós que o teu exame do HIV deu reagente. **Eu levei até um choque**. Eu disse: como meu Deus, como é que eu ia pedir esse exame, se eles não tinham esse exame lá. Eu sempre pedia esse exame. Daí eu peguei e fiquei assim, até mais nervosa... Fiquei pensando tudo, né. **Meu Deus, minha vida acabou, eu pensei assim (respirou fundo)**. Na hora que me disseram, **passou mil coisas na minha cabeça. Passou pra mim deixar tudo, ir embora, assim... já nem... nem tirar mais a menina assim... pegar e ir embora**. Ir lá perguntar porque que eles fizeram isso. Ah, passou mil coisas na minha cabeça assim oh... Mas daí eu pensei nela também, né porque tava correndo o risco de pegar infecção, uma coisa assim, que eu já tava com a bolsa rompida, 20 dias que eu já tava com a bolsa rompida. É eu vim pra cá, fiquei duas semanas, depois eu fui pra casa, depois voltei [Métis].*

Na situação apresentada por Átropos, aparece novamente a interpretação da condição de portadora da infecção como sendo a “doença do outro”, acompanhada de difícil enfrentamento e aceitação:

*É bem difícil e... é um momento difícil pra gente lidar. A gente espera que aconteça com os outros, tá sempre olhando e vendo pessoas dando entrevistas né, sendo notificadas de uma forma ou de outra, né, sendo orientada e a gente sempre tira da gente a possibilidade de acontecer com a gente aquilo que tá acontecendo com os outros. Então quando você cai numa realidade dessas e você vê que é com você, então tudo se torna mais difícil, né? **Sua cabeça vira**, você não sabe que decisão vai tomar, nem o que que você vai fazer, né [Átropos].*

Entre as mulheres que ficaram sabendo no momento do parto, uma delas suscitou muita discussão entre os profissionais de saúde que a assistiam, fazendo-me, enquanto pesquisadora, buscar subsídios para poder analisar e melhor compreender aquele que se configurou para mim como um dilema ético importante. Trata-se do caso

de Héstia descrito abaixo, em que, ao recusar-se a fazer o teste rápido no momento do parto, sentiu-se agredida ao realizarem sem a sua devida autorização o exame na sua filha. No cerne da discussão, a seguinte interrogação dirigida a mim por um obstetra, enquanto pesquisadora na área: sendo o HIV um problema de saúde pública, pode a gestante negar-se a fazer o teste anti-HIV? Obviamente ele estava se referindo à Héstia e queixava-se por ela ter se recusado a fazer o teste no pré-natal e também o teste rápido, realizado como rotina na sala de parto para aquelas mulheres sem exame na internação, tendo, inclusive, colocado o bebê para mamar logo após o parto, durante vinte minutos, conforme recomendado para mães livres da condição de portadoras de HIV/AIDS. O mesmo me questionou se o exame não era estabelecido pelo Ministério da Saúde como obrigatório no pré-natal. Expliquei-lhe que não, que o Ministério da Saúde, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL/MS, 2000) recomendava, como rotina, o oferecimento do exame, portanto não era obrigatório a todas as gestantes durante o pré-natal. Ele estava indignado face à recusa da parturiente em realizá-lo e discutimos sobre alguns aspectos éticos e legais referentes ao assunto. Face à negativa da paciente em realizar o exame, diz que foi realizado no recém-nascido, cujo resultado havia sido positivo. Diante desta situação, procurei aprofundar os conhecimentos acerca desta questão, e apesar de compreender a angústia dos profissionais diante dela, percebi que, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.246/88, de 08/01/88, artigo 46, Héstia tinha razão. Havia sido desrespeitado um direito seu, já que, segundo este artigo, “é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu representante legal, salvo em iminente perigo de vida”. Como esta não é uma situação de iminente perigo de vida, não poderiam tê-lo realizado. Esta matéria também é tratada de modo mais específico em outra Resolução do Conselho Federal de Medicina, sob o nº 1.665/2003, datada de maio de 2003, onde dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores de HIV/AIDS, com vistas a uniformizar, tanto quanto possível, as normas que envolvem esta questão.

Fiquei sabendo na hora do parto. Na hora que me disseram que tinha dado positivo no neném, eu fiquei igual uma doída. Eu tava com dois dedos de dilatação, aí chegou uma mulher lá com uma agulha, aí ela disse: eu vou fazer um negocinho

contigo, tá? Daí eu já perguntei a ela: é o exame do HIV? Aí ela disse: é. Aí eu disse: não, eu não quero fazer. Também ela disse: ah, então tá, ela pegou e saiu. Depois que eu fiz o parto, veio a médica falar comigo, aí disse: oh, eu fiquei sabendo que tu não quisesses fazer o exame, aí eu disse: não, eu não quero. Daí ela assim: mas por quê? Não, porque eu não fiz do outro e eu não quero fazer dessa. Porque daí vai ser um encargo... assim né, eu vou ficar com a consciência pesada. Daí ela assim: ah, mas tu não podes condenar duas pessoas... como é... aí são duas pessoas que estás condenando... Em caso, se o meu menino tem, já tem... podes evitar dela. Mas mesmo assim... por desencargo de consciência, então eu não quero... eu não fiz de nenhum então não quero ver de nenhum deles. Aí tá, ela não insistiu. Depois, é que o pediatra insistiu. Insistiu não, eu disse que eu não ia fazer, aí ele disse: tu és tu, a criança é compromisso nosso aqui do hospital. Aí fizeram sem a minha permissão. Aí eu fiquei com raiva na hora [...] Héstia.

Após o parto Héstia foi encaminhada para a Unidade de Alojamento Conjunto ficando internada no mesmo quarto onde se encontrava Hera, que logo que me avistou na maternidade e fez o seguinte comentário

*É como eu tava dizendo pra ti ali no corredor que nem esse tipo de mãe que chegou ali agora, toda neurótica, toda... é toda maluca. Eu disse: não, mas não é assim guria. Pois ela sabia que ela tinha e foi lá e tirou o seio e deu pro bebê mamar. Tu vê, né? É uma coisa assim... **O neném mamou lá embaixo na sala de parto.** Né? Mas se ela já sabia que tinha pra que que ela vai dar, né? Aí depois ficou se culpando... Ah, agora minha filha tem o vírus, não sei o que, não sei o que... Aí eu disse assim: mas tu sabias pra que que tu vai dar o peito? Não pode dar mais o peito, eu falei pra ela né? Aí ela ficou assim meio em dúvida. Claro, eu não sou médica mas... se eu tô passando pelo mesmo problema que ela eu sei que não pode dar, né? Então quer dizer, não adianta depois a gente ficar se culpando, fica se culpando porque... é porque tem culpa mesmo, né? Porque daí a pessoa sabe que não pode e vai fazer... pra quê? Então é aquela coisa, como eu disse pra ti: eu não posso, não posso, não posso, não adianta. Eu fiquei com medo dela dar essa noite o peito pro neném. Mas eu ia sair como se não quisesses nada e ia lá avisar pra enfermeira. **Ela falou que é muito triste não poder amamentar. Ela disse: ah eu queria amamentar, agora a gente ganhou o neném e parece que tirou de dentro da barriga (ela mostrou a barriga) ai... parece que eu ganhei assim e... tá jogado, tá jogado...** É assim que ela tá se vendo, entendesse? Eu disse: não, mas não é assim. **Aí de noite o bebê começou a chorar e ela queria dar o peito.** Veio assim aquela ansiedade assim pra dar o peito, né? Aí ela pegou botou do ladinho dela assim da cama e daí ficou sentindo o calor dela, né? Daí eu disse assim pra ela: é, põe assim mas só que daí vai acostumar mal, né? Porque vai querer toda vida ficar ali, né? Sentindo o calor do corpo da gente, né... [Hera].*

Na realidade, a descrição da experiência de Héstia mostra o drama vivido pela mesma face à condição de HIV positiva recentemente descoberta e à problemática gerada pela privação do ato de amamentar, provocando comportamentos de não-aceitação. Por outro lado, Hera, que compreende o vivido por Héstia, uma vez que experimenta no seu corpo próprio a mesma situação, num gesto de solidariedade tenta ajudá-la. Nesse conjunto de informações referentes ao ser-mulher/mãe Hestia revela o grau de desamparo e vulnerabilidade ao qual está submetida.

7.5.1.4 Descobrendo e reagindo à descoberta em outros momentos.

Nas demais situações, como no caso de Hybris, Aglaia, Têmis e Ino, em que o momento da descoberta não esteve relacionado com o período gestacional, as reações de tristeza e sentimento de morte iminente também se mostraram de modo incisivo no momento da descoberta, com exceção de Hybris que referiu não ter se chocado porque poderia ter sido pior. Estava se referindo ao câncer, que na sua maneira de perceber é pior do que ser HIV+, o que parece estar de acordo com o pensamento de Hera. Este modo de perceber a infecção pelo HIV diverge do apresentado por Átropos, que, diante do diagnóstico, manifestou preferência em ter o câncer ao invés do HIV, conforme pode ser observado em suas falas:

*Eu descobri que era portadora do HIV com 26 anos. Eu fui fazer exame por conta. Eu fui fazer até exames de rotina aí pedi esse também. A gente não conversa sobre isso. Que engraçado, o momento em que eu soube, eu não fiquei chocada. Não porque poderia... **tipo ser um câncer que ia me matar na hora**. E... que poderia ser uma coisa pior... Não que não seja, mas dá pra levar, tem remédio, tem coquetel, que dá pra ir tomando. Eu tava sozinha. Não tive vontade de falar pra ninguém, guardei pra mim. Ninguém da minha família sabe. Eu digo que sou católica mas também tenho um pouco de espiritismo, entendeu? Eu acredito que se eu tenho que passar por isso, eu vou passar e pronto [Hybris].*

É... mas se fosse o câncer seria pior, porque o câncer só ameniza, né? Só a dor, só como diz o ditado. Mas crescer não adianta, não tem nada que impeça, ele de crescer. Essa moça que eu tava te dizendo, morreu lá... se fosse um soropositivo tinha como tomar o remédio e controlar, né? Agora câncer... câncer e aquela outra né, a hepatite C. O HIV não transmite com a escova de dente e a hepatite transmite. A hepatite é mais fácil de transmitir que o HIV [Hera].

*É como eu tava conversando hoje, é uma coisa assim que caiu como se fosse uma notícia, uma **notícia péssima**, né? Péssima, péssima notícia. Eu hoje tava dizendo, **eu esperava fazer um preventivo de câncer e dizer que você está com câncer**. Ou você **tem problema no seio**, né? Mas nunca você espera que seja uma doença como essa, né? [Átropos].*

Seja como for, as duas doenças estão no mesmo lado sombrio da vida, como no dizer de Sontag (1984), e talvez Átropos manifestasse preferência pelo câncer, para se libertar do estigma e da discriminação sociais relacionados ao HIV/AIDS em mulheres, tipicamente vinculados a um comportamento sexual considerado inadequado em relação às normas de gênero, herdadas da fase inicial da doença,

quando a disseminação esteve ligada à prostituição, compreendida como um comportamento feminino fora dos padrões da normalidade.

No que se refere mais especificamente ao depoimento de Aglaia, é possível perceber as repercussões do impacto da descoberta da infecção e as diferentes fases do seu processo. Em primeiro lugar, o desejo verbalizado de antecipar a morte, seguido do medo da morte iminente associado à grande preocupação com os filhos, e, por último, a reação, a aceitação manifesta através da sentença *foi aonde eu levantei a minha cabeça e toquei o barco*, depositando nos filhos a sua razão de ser e existir, e, finalmente, expressando o desejo de **viver por muito tempo** ainda:

*Eu soube há cinco anos atrás. Quando eu soube, ah, eu quis morrer. Eu tive uma pontada de pneumonia, a minha imunidade abaixou, eu fui fazer o exame, a mãe mandou, porque mãe já tava desconfiada, aí a mãe pediu pro médico lá fazer o exame. Aí fizeram, telefonaram lá pra casa, disseram pra mãe né, ó, o exame da Aglaia deu positivo, ela é soropositivo. Aí a mãe veio e falou pra mim, né, junto com o meu pai, o meu pai era vivo na época, né? Daí... **o mundo caiu na minha cabeça, eu pensei que ia morrer...** Aí então o mundo, parece que caiu na minha cabeça... Poxa eu sou HIV positivo, não, eu tenho AIDS, eu pensava assim comigo. Já logo eu já fui na AIDS. Eu disse: ah meu Deus, eu tô com AIDS. Ah, eu vou morrer... Ah meu Deus, o que vai ser de mim? Ah meu Deus, **o que vai ser dos meus filhos?** Então nessa hora a gente não pensa nada, **a gente só pensa que vai morrer.** Cai em depressão, fiquei doente, fiquei um mês internada no Nereu Ramos, fiquei um mês internada no Hospital Florianópolis, só vivia doente, e assim fui levando, só doente, só doente, chegou um dia eu disse: não, mas também... aí foi aonde eu entrei pro programa de AIDS lá do Nereu, que elas foram explicando o que que era o vírus do HIV, o que que era a AIDS, foi aonde eu fui conhecendo, participando, que eu fui saber que não era assim. Que não era assim... Que eu vou fazer o tratamento, que **eu vou viver muuuito**, entendesses, Vanda? Foi isso que aconteceu comigo. **Foi aonde eu levantei a minha cabeça, toquei o barco e tô aqui e até gerei mais uma filha.** E bem linda por sinal né, Vanda? É linda né, Vanda? Saiu toda perfeita, eu tô muito feliz, e **vou lutar por ela.** O que eu puder fazer por ela. Mas eu digo mais assim agora no momento por ela, porque ela é pequenininha, ela de repente que tá **naquele babado** se tem ou não tem, então é ela que eu tenho que ter mais cuidado, porque os outros tão tudo grande já, tão tudo encaminhado. Agora é ela, Vanda. Agora eu tenho que pensar um pouquinho nela, agora. É isso que eu quero me referir, nela por causa... nesse sentido, que eu não sei se ela tem, se ela não tem, entendesse? Deus é Pai né, Vanda? [Aglaia].*

*Eu soube que tava com o HIV o ano passado. [...] Quando eu fiz o exame eu não tava grávida. Daí eu fiz e disseram que eu tinha e daí depois eu fui e tava tomando remédio né? Na hora que me disseram **eu chorei**, né, eu fiquei chorando uns três, quatro dias mas aí eu pensei na minha cabeça não adianta chorar né, **tenho que levar a vida pra frente**, né? Daí a vida ficou normal, né, eu e ele [Ino, 18 anos].*

7.5.2 Convivendo com a condição de mulher/mãe HIV positiva

7.5.2.1 Percebendo e temendo o estigma e a discriminação social.

O estigma⁴⁴ e a discriminação⁴⁵ associados ao HIV/AIDS têm sido apontados entre os principais obstáculos à prevenção de novos casos de infecção, ao apoio, assistência e tratamento e ao alívio do impacto da doença. Este é considerado um fenômeno universal, ou seja, está presente em todos os lugares do mundo e é desencadeado por uma multiplicidade de fatores, entre os quais estão incluídos a falta de conhecimento acerca da doença, mitos e tabus sobre os modos de transmissão do HIV, preconceitos, o fato de a doença ser incurável, medos disseminados na sociedade sobre a sexualidade, o processo da doença e a morte, entre outros (AGGLETON; PARKER, 2002).

Em grande medida o estigma associado ao HIV/AIDS é engendrado e alimentado por pensamentos negativos precedentes. Os seres humanos acometidos por esta infecção, com frequência, são vistos como merecedores do que lhes aconteceu, como consequência de terem praticado más ações. Tais ações estão fortemente associadas ao sexo ou a comportamentos socialmente não aceitos. Neste contexto, as mulheres infectadas geralmente são vistas como promíscuas e a família e a comunidade, por sua vez, contribuem para perpetuar o estigma e a discriminação, de um lado devido ao medo e, por outro, devido à ignorância. Viver sem discriminação constitui-se em um dos direitos humanos fundamentais, baseado em princípios de Justiça natural, que são universais e perpétuos (AGGLETON; PARKER, 2002).

Vale lembrar que a estigmatização mantém íntima relação com o poder e a dominação, sendo reforçada pela desigualdade social. Suas origens estão profundamente enraizadas na sociedade e nas normas e valores que regem a vida cotidiana dos indivíduos (ONUSIDA, 2002).

No presente estudo este tema manifesta-se de diferentes modos, mas com muita intensidade, envolvendo vários contextos. O medo da rejeição e da estigmatização, especialmente no âmbito familiar e na comunidade local, contribui para que a maioria

⁴⁴ Tem sido descrito como a qualidade que desacredita significativamente um indivíduo aos olhos de outrem, resultando em importantes consequências na forma como cada indivíduo vê a si próprio.

⁴⁵ Acontece quando se pratica uma distinção contra um indivíduo, da qual resulta um tratamento desigual ou injusto, estando esta distinção ancorada no fato de a pessoa pertencer, ou julgar que pertence, a um grupo social particular (AGGLETON; PARKER, 2002).

das mulheres/mães entrevistadas não revele seu *status* sorológico aos seus familiares.

Entre as descrições experienciais apresentadas pelos sujeitos significativos do estudo, foi possível localizar várias situações onde os temas estigmatização e discriminação se mostram. Aliás, eles permeiam a fala de todas as mulheres mãe/entrevistadas em diferentes momentos. Em relação aos profissionais e serviços de saúde, estão situados nos diferentes contextos e fases do processo gestacional, incluindo a assistência pré-natal, o período de pré-parto, parto e puerpério.

No que se refere à assistência pré-natal, as entrevistadas queixam-se do atendimento prestado por determinados profissionais de saúde e incluem exemplos concretos de falta de conhecimento por parte dos mesmos em relação à doença, aos protocolos de ação e às normativas de atendimento, bem como o desrespeito à confidencialidade e ao sigilo, postura antiética, comportamento hostil e desumano e falta de habilidade na relação interpessoal. Eis alguns exemplos:

Oh, uma coisa, eu não gosto... eu até preferi... nossa quando a médica falou que a... se eu queria passar a consultar com a médica aqui, eu achei assim tão bom. Pelo Posto de Saúde todo mundo sabe. A gente vai passando assim de mão em mão. Ah... lá do canto eles já gritam, ah, encaminhem essa pessoa que tem o HIV. Então se o posto tiver cheio, todo mundo já fica sabendo. Eles falam alto. Pelo menos nesse Posto que eu comecei a fazer o meu pré-natal eles falam alto, assim. Então ali no balcão... um enfermeiro passa pro outro, um passa pro outro, então... passa pela mão de todo mundo. Até eu falei pro médico: oh, eu não vou mais fazer meu pré-natal aqui. Daí eu expliquei pra ele. Aí ele perguntou porque que eu não tinha gostado. Aí eu contei que ia passar a fazer aqui. Eu disse porque aqui é uma coisa que é de ficar entre eu e o senhor. Agora já sair no balcão falando pra todo mundo...

[...] eu acabei de descobrir que eu tenho isso né, ô é difícil, tenho que tá contando ah, eu tenho o vírus, né, nossa é horrível. Daí a médica pegou... como eu tô com infecção na bexiga, ela me deu aquele... quatro comprimidos e mais uma pomada. Só que em vez dela me dar e falar numa boa, só porque ela me fez uma pergunta, e eu tava nervosa e eu não soube responder pra ela, porque que é que eu não tinha feito o pré-natal... eu só falei pra ela que eu não queria o neném, mas foi o que saiu na hora. Daí ela pegou e me tratou mal, ela foi lá buscar o remédio e jogou assim... na mesa sabe, ela abriu a caixa, tirou e disse: tu vai tomar esses quatro comprimidos e pááá... jogou na mesa assim, bem grossa comigo, sabe? Nossa! Aquilo ali eu me senti um... nossa, um lixo. Que é ruim né, a gente já tá sentindo se sentindo ruim porque tem isso ainda se as pessoas tratarem a gente de outro modo, terem nojo da gente... que, sabe que nojo não pode ter porque isso aí não pega assim, né? É ruim sabe. Só ela me tratou muito mal mesmo, muito mal. Parecia que ela tava falando... parecia uma veterinária dando um remédio para um cachorro. Jogando o remédio assim, sabe? Muito humilhante. Em outros momentos eu não senti isso. Foi só ontem mesmo, porque ela me tratou muito mal, porque o resto dos médicos e enfermeiros me trataram muito bem, sabe? [Deméter].

Em relação à assistência hospitalar, cito, à guisa de exemplo, dois trechos extraídos da descrição experiencial feita por Hera, que reclama veementemente do

modo como é tratada no momento presente pelos profissionais da maternidade, acarretando-lhe sofrimento e revolta, e com isso uma fonte importante de estresse. Na sua percepção, alguns profissionais, por ignorância no assunto, se afastam no momento em que mais precisa de apoio, e com isto se sente agredida e tem vontade de agredir também. Tal percepção está em consonância com o mencionado por Zaleski; Vietta (1998), que atribuem a falta de conhecimento e o despreparo dos profissionais de saúde como determinantes para o isolamento e afastamento das pessoas HIV positivas. Analisando ainda a descrição de Hera, quando diz que acredita que para que o outro possa compreender o que está sentido realmente só se vivenciasse o mesmo processo, mesmo assim sugere que os mesmos sejam mais bem capacitados. Com isso, mais uma vez Hera está se referindo às situações vividas (para ela) e apresentadas (para o outro), ressaltando a dificuldade de ser compreendida por outrem. No último trecho da segunda descrição de Hera, acrescenta um outro aspecto a ser considerado, que é referente aos seus direitos de cidadania:

*Eu acho que o pessoal da maternidade tem que ser menos ignorante. É, o pessoal da maternidade tem que ser menos ignorante. Não são todos. Não tô dizendo que são todos, **mas uns fazem a gente sofrer bastante**, porque mesmo que tu tá sabendo... né, porque já é uma hora difícil de tu saber... é a hora que tu vai, né... pro parto, coisa... ou tu tá grávida, sei lá... é uma hora mais difícil que a gente tem, né, **é uma hora que a gente mais precisa do apoio de todo mundo e assim...** Então a única coisa que tinha que melhorar mesmo era... assim... esses tipos de enfermeira idiota, assim... ignorante. Que aí só traz sofrimento pra gente. A gente já tá sofrendo, aí vai sofrer mais por quê? **A pessoa fica se afastando da gente** achando que... que vai pegar. A não ser se a gente desse uma mordida, que tinha que ser porque a minha vontade foi... De dar uma mordida nela, e ela pegar, pra ver porque daí ela ficava esperta... **pra ver como é bom se afastar das pessoas quando sabem que tem uma doença. Só isso. É isso aí eles tinham que passar.** Eu não sei se esse teu trabalho vai... se eles vão ficar sabendo, o pessoal que tá se formando em enfermagem... Então eles têm que saber que... eu acho assim, que eles têm, é claro, eles têm que tomar cuidado, mas sem exagerar [Hera, 1].*

*Então as pessoas que estão aí perto de ti, que sabem, que são profissionais né, então se os profissionais não ajudam, imagina quando eles vão pra televisão dizer que... ah, porque tem uma discriminação assim... tal pessoa discriminou a outra porque tinha o HIV, e não sei o que, isso, e aquilo e aquilo outro, então quer dizer... **se eles que tão ali pra cuidar da gente, que tão sabendo da nossa situação**, não são humildes né, pra... pra tratar da gente, ou conversar, ou até mesmo quando vai fazer um exame, imagine lá fora que são tudo ignorante, que não tem conhecimento de nada. Imagina o sofrimento que a gente não tem. Então hoje eu passei por esse tipo, por essa humilhação né? Então eu espero não passar mais. Eu sei que eu vou passar e eu vou tocar os pés também, eu não sou aleijada. **Se eu não lutar por um tratamento bom**, eles não vão me tratar bem. Eles não vão me tratar bem. E... não sei, eu acho que a gente... eu luto mesmo eu não quero nem saber se eu ofender porque se eles me ofendem eles também não... não tão nem aí. Eles não são nada meu. Então quer dizer, pra eles pisar em cima de mim é mesma coisa que não pisar porque... eles não vão me ver mais mesmo... É como diz o ditado, hoje ela tá aqui, amanhã ela não tá, então vamos maltratar mesmo... Só que eu não deixo. Eu não*

deixo mesmo. Eu não deixo... Aí eles falam, ah, tu és faladeira, tu é malcriada... Sou... sou malcriada porque se não me tratam com educação, eu sou malcriada mesmo. É só o que eu tenho pra dizer [Hera, 2].

Outra descrição que denuncia fortemente atitudes e comportamentos discriminatórios por parte dos profissionais de saúde (outrem), na percepção da mulher/mãe entrevistada, é a de Ate. Em primeiro lugar pela caracterização que faz do centro obstétrico, sendo definido metaforicamente como um “*inferninho*”, diminutivo da palavra inferno, cujo significado etimológico corresponde ao lugar que, segundo o Cristianismo, é destinado ao *suplício eterno das almas, dos condenados*. É também o lugar dos demônios, onde predomina o martírio e o tormento. O centro obstétrico é assim percebido, sob a ótica de Ate, pela falta de atenção e de compreensão demonstradas pelos profissionais que lhe prestaram os cuidados, acrescidas de fortes comportamentos de rejeição, repúdio, medo e nojo por parte dos mesmos. Desta situação vivida, emerge outro componente importante identificado na sua fala, ou seja, o conceito de igualdade. E o que é igualdade? Este é um conceito abstrato que suscita no plano teórico muitas discussões, mas, do ponto de vista ético, todos sabemos que o mesmo se constitui em um dos direitos humanos universais e, perante a legislação brasileira, no âmbito da assistência à saúde, constitui-se num dos princípios fundamentais que está assegurado na Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988) e regulamentado na Lei nº 8.080, no artigo 7º, que, ao dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, preconiza a *igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie*.

*Eu achei um **inferninho lá na sala de parto**... ai, porque é uma coisa assim que a gente... não tem assim aquela atenção devida, é muita loucura, é muita correria. **Falta de compreensão, parece. Falta de atenção, falta de compreensão.** Na hora do parto ah, eu meio tive que implorar. Foi tudo tão rápido, tudo tão corrido. **Eu senti preconceito... me senti discriminada com os médicos e enfermeiras.** Eu senti isso com os comentários assim... que a gente fica ali escutando assim... parece que eles... eles atendem a gente assim, não é com mais preocupação, é com mais assim... **medo, nojo**... Eu senti. Parece que eles têm preguiça, já medo de ir lá lidar com a gente, sabe? Preferem mais as outras que não tem, do que a gente. Isso é que eu senti, é que as que não tinham eram bem mais atendidas, bem melhor. É... eu senti **uma baita de uma rejeição**... A doença assim, já deixa a gente meio assim, né?... fragilizada, aí se tem um atendimento já diferenciado né, que a gente vê que tá sendo menosprezada. É, porque eles falam tanto do preconceito, mas o preconceito tá aqui dentro mesmo. A gente vê. Tem que começar pelos profissionais, né? Quando eu estava lá embaixo, eu já estava pensando nisso: o quanto é diferenciado o atendimento. Bastante... No pré-natal não, nem aqui no alojamento conjunto eu senti isso. O principal é na sala de parto. Acho que eles têm que estar conscientes né, do risco que eles correm, só que eles tem que saber é... estar preparados pra*

*atender e pra aceitar, né? Porque afinal a gente é um ser humano igual, e não é porque está com esse problema que vai ser tratado pior que os outros, né? **Tem que ter um atendimento igual.** É isso que eu acho. Mas quem sabe um dia isso muda, né? [Ate].*

No âmbito familiar e na comunidade de modo geral, também a discriminação e o estigma social se fazem presentes, sendo freqüente a queixa das mulheres/mães entrevistadas. O medo da reação dos familiares quanto à sua condição de HIV positiva é bastante acentuado, sendo poucas as situações em que as mulheres/mães compartilham com todos os seus familiares seu *status* sorológico. Algumas convivem no mesmo espaço físico com seus pais, irmãos, sogra e outros familiares, mas mesmo assim a condição de portadoras do HIV não é revelada. Quase sempre o medo do preconceito, da rejeição e do abandono está presente em situações já vividas ou que lhes foram apresentadas nas relações com o mundo e outrem. Neste particular, várias situações são relatadas: o medo de contar para o marido, para a mãe, para o filho, para o pai, enfim, para a rede de parentesco como um todo. Dentro do possível, as pessoas que ficam conhecendo a situação são escolhidas dentro de critérios rígidos de confiança. Neste contexto, a condição de estarem privadas do ato de amamentar emerge como um importante risco para denunciar socialmente seu status sorológico, uma vez que a cultura da amamentação vem ganhando força em nosso meio, não sendo considerado normal a mulher/mãe não amamentar desde os primeiros dias do nascimento. Esta situação adquire dimensões mais complexas no momento em que recebem visitas de seus familiares na maternidade e estão com as mamas enfaixadas, ou quando recebem alta e retornam para suas casas onde a presença da família é inevitável. Para ilustrar esta situação, tomei emprestado dois exemplos, o de Eufrosina e Héstia:

[...] o que dói é, por exemplo, se algum dia eu souber que a minha avó sabe. Porque eu cansei de ver minha avó fazer isso com o irmão dela. Ele virar as costas ela pegar o copo de café que ele tomava e ela jogar numa pedra atrás de casa. Aí ela dizia: eu não quero isso pra ninguém, imagina para os meus netos. A gente tava sempre na casa dela. A gente dizia: ah, vó isso aí não pega. Aí ela dizia: os médicos falam isso pra gente não tá chutando os parentes da casa da gente, mas pega sim. Eu tinha um tio e tive um primo e ela sabia. Isso foi em 90, 94 na época do Cazuza [Eufrosina].

*Quero ficar pra mim, assim, não tem? Porque... **por causa de preconceito** assim, né? **Só eu, que quero ficar sabendo.** A única pessoa que eu teria vontade de falar é a irmã dele que eu acredito que... que ela vai querer até que eu fale pro irmão, porque pro irmão se proteger também. Porque vai virar assim... vai virar uma bola*

*de neve. Vai virar assim, um... como é que eu vou dizer... Ah, aí eu vou ter que tá pegando mentira, pegando mentira, depois eu tenho medo ah, mas porque que tu te protegeu, protegeu o teu filho e porque não contasse pro meu filho. **Eu moro com a minha sogra**, pra ele se proteger também. Mas eu sei que... de repente eu tenho até... mas eu sei que pelo que eu conheço dele, ele não vai... ele vai me deixar mais nervosa do que eu tô. Eu acho que eu sozinha, eu consigo pensar melhor do que ele chegar em casa e pensar: pô meus filhos tem isso por causa de mim, e já querer quebrar tudo, assim, não tem? [Héstia].*

Alguns estudos já realizados nesta área mostram que as famílias podem rejeitar os seus membros soropositivos não só devido ao estigma associado ao HIV/AIDS, mas também pelas conotações de promiscuidade, uso de drogas e homossexualidade que estão associadas a esta infecção (AGGLETON; PARKER, 2002).

Até pouco tempo eu conversei com uma senhora que ela contou pra irmã dela e a irmã dela proibiu a entrada, e é uma senhora, né? Ela tá fazendo faz... dez anos, né, ela acabou contando pra irmã que ela é soropositivo e ela... proibiu assim... Eu acredito que as pessoas ficam com medo, imagina, tu vai na casa da pessoa e diz: ah, eu quero tomar uma água, já vai usar o copo, ir no banheiro... Aí a pessoa já fica: ah, vai usar o vaso sanitário ali, mas... [Leucothéa].

*Pra mim, quando falaram, logo veio na minha cabeça: é AIDS, pronto. Depois falaram: não, AIDS é uma coisa e o que ela tem é outra. A minha mãe já perdeu uma filha agora de câncer, né de intestino. Faz dois anos. Se ela souber que **eu tenho isso** agora ela vai enlouquecer (começou a chorar). Porque... eu não sei o que ela pensa a respeito, mais eu acho que ela pensa que nem eu: **AIDS é igual à morte. Mesmo que o vírus seja diferente da AIDS, de todo jeito vai virar AIDS.** Então eu achei que eles passaram o problema pra mim. Na verdade, quem fez, foi nós mesmos, né? [Héstia].*

*[...] mas eu aposto que se eu chegar e contar pra uma pessoa que tiver num ponto de ônibus, ou pra um parente, principalmente pra parente, chegar e dizer: não, eu tenho HIV, **aquela coisa** toda, já sai correndo vai proibir até a entrada dentro de casa. Vai ficar desconfiado. Com certeza, eu tenho certeza disso. Eu sei porque lá no Centro de Saúde eu conversei com um monte com as mulheres, e elas tudo têm, é mulher mais velha, mais nova, e elas... ah, porque a minha família me abandonou, ãh... porque a minha irmã não deixou eu entrar mais dentro de casa, a minha filha, eu não sei se eu fiz certo... [Afrodite].*

Eu acho que a pessoa que tem o vírus, às vezes é discriminada. Às vezes tem muito preconceito assim oh, tu às vezes vai na casa daquela pessoa, tu vai tomar um gole de café num copo, aquela pessoa fica te olhando pra ver se tu deixou alguma coisa ali. Tem uma vizinha perto da minha casa que a irmã dela tinha o vírus do HIV. Ela chegou a queimar a roupa de cama tudo, porque a mulher dormiu lá na casa dela. A irmã dela. Queimou, jogou os copos fora, fez um monte de coisa assim que eu fiquei bem assim revoltada né, com as coisas. Mas entre... assim, às vezes assim tu vai tomar água, ou tu vai beijar alguém a pessoa fica te olhando muito séria, ou... ou tu... às vezes assim tu vai oferecer alguma coisa, uma bolacha, alguma coisa a pessoa fica assim com medo de pegar, porque daí eu fico... às vezes com as pessoas assim, eu chego a conversar. O vírus não pega assim não. Às vezes eu fico sentida, porque a minha menina assim às vezes vai beijar alguém e aquela pessoa fica olhando muito sério assim, eu cheguei até a discutir já assim com... com uma pessoa, porque... a pessoa ficou assim me olhando. Daí eu falei pra ela: tu acha que a minha filha vai transmitir o vírus? Não vai não, não pega assim tão fácil. Pega através de contato com o sangue, e não assim num beijo. Não vai passar. Daí aquilo ali eu fiquei bem sentida, chateada porque é uma coisa que... [Selene].

E também o modo como muitas pessoas ainda encaram isso. Eu sinto que o social não pode saber porque... as pessoas não... ninguém entende. Entre cem pessoas, uma tem a mente... que compreende, entre cem, uma pensa como se tivesse. O resto só discrimina. Por isso que a gente não pode contar mesmo [Deméter].

Porque não é assim... dizer assim: ah, é uma doença, você tratando você vai... Você é discriminada. Existe. Assim... tipo, a gente sempre escuta: oh, é... se cuida pode se contaminar, e não sei o que... A gente escuta isso. Eu já vi pessoas sendo discriminadas. Já vi. Eu tenho um amigo que tem essa doença. Ele já foi, as pessoas se afastaram dele quando souberam. Faz pouco tempo [Perséfone].

7.5.2.2 Expressando sentimentos.

A condição de HIV positiva leva o ser-mulher/mãe a expressar emoções e sentimentos de culpa, medo, de vontade de falar com o parceiro, de mágoa do parceiro, de os outros saberem.

▪ Sentindo vontade de falar com o parceiro

Até a minha intenção agora, é conversar com ele, conversar com ele, botar ele por dentro do assunto, porque eu sei que ele é... muito namorador, entende? Ele é muito namorador mesmo, e... portanto... ele é caminhoneiro, né? Quer dizer, caminhoneiro não tem uma só. Não vai ficar estacionado. Eu sei que é. E o homem... pra rabo de saia... Não é verdade? Principalmente o homem sozinho. O homem casado ainda tem aquela preocupação. É homem... porque ele é novo, ele tem 31 anos. Tu vê, bem novo, né? Então quer dizer, quer mais é curtir. Como ele já falou mesmo, agora eu quero é curtir, né? Então... só que é uma coisa que ele tá passando pra adiante, né? Que eu tenho certeza que foi dele que eu peguei porque eu não... eu tinha feito exame e eu não tinha [Ártemis].

Só a minha tia que sabe. Ele (o marido) eu não falei. Eu nem falei pra ele que eu sabia que essa menina tinha. Ele também não sabe que tem. E eu ainda não sei se vou contar pra ele porque eu acho que é pior no caso dele. Do jeito que eu conheço ele, eu acho que se ele soubesse, ele... ele não vai reagir como eu. Ele vai... a primeira coisa que ele vai começar... ele vai começar a beber, porque tipo assim, final de semana assim em casa às vezes né, ele toma cerveja, isso ele toma, então eu acho que já é uma facilidade pra ele começar a beber direto. Então eu acho que ele vai encarar isso sabe como? Que ele não vai mais rasgar nada, nem pelos filhos dele, nem por mim. E apesar que foi ele que me passou, mas tipo assim... eu também não podia adivinhar né, mas ele podia ter se cuidado, entendeu. Mas eu não quero culpar ele, não quero guardar rancor, entendeu? E eu quero que tipo... eu sozinha vai ser difícil, eu e mais os meus três filhos. E eu gosto dele também então eu quero preservar, entendeu? E ele é uma pessoa assim... ele é muito paranóico. Eu sei que se eu contar pra ele vai pegar no psicológico dele e eu vou me incomodar. Então eu vou deixar... deixar rolar, entendeu. Deus sabe de todas as coisas. Eu penso assim. Então seja o que Deus quiser né. Só eu e minha tia que sabemos [Deméter].

▪ Sentindo mágoa do parceiro

Eu não sei se ele sabe que tem. Eu também não tô nem aí, já que ele não tá nem aí pra mim, eu vou tá aí pra ele? Eu queria poder chegar e conversar com ele sobre

isso, mas não, já que ele não quer nem saber, eu também não vou falar com ele. Vou tocar minha vida e vou deixar que ele se vire. Se eu descobri sozinha, ele que faça o mesmo [Hebe].

Eu não quero nem que o meu marido saiba. Porque ele tem, mas se ele não quer fazer... se ele acha que tem, como eu também... achava que não tinha, ou mesmo se ele pensa: ah, eu não vou fazer porque eu acho que eu tenho, eu vou, eu vou... tratar de mim e do neném e... eu tenho... não por egoísmo, mas eu tenho... é porque ele não vai segurar a barra. Porque ele toda vida disse pra mim: nega não faz os exames. Por que C.? Ah, só porque toda vida eu fui artilheiro, pode ter. Só porque é claro nem ele quer o mal do filho, ele vai se revoltar porque a culpa realmente foi dele. O único culpado disso aí é ele [Héstia].

Então ele bebe às vezes, não... né? Então a pessoa quando bebe, é... eles têm outra forma de pensar, assim... Porque às vezes quando ele toma umas e que ele tá meio... ele diz: ah, se um dia eu souber que eu tenho alguma coisa e souber que passei pros meus filhos, eu sou capaz de me matar. Assim... né? Então eu acho que ele não vai ter condições de lidar... [Héstia].

E ele pode querer falar com alguém, e eu não quero falar com ninguém. Quero ficar pra mim, assim, não tem? Porque... por causa de preconceito assim, né? Só eu que quero ficar sabendo. A única pessoa que eu teria vontade de falar é a irmã dele que eu acredito que... que ela vai querer até que eu fale pro irmão, porque pro irmão se proteger também. Porque vai virar assim... vai virar uma bola de neve. Vai virar assim, um... como é que eu vou dizer... Ah, aí eu vou ter que tá pegando mentira, pegando mentira, depois eu tenho medo ah, mas por que que tu te protegeu, protegeu o teu filho e por que não contasse pro meu filho, eu moro com a minha sogra, pra ele se proteger também. Mas eu sei que... de repente eu tenho até... mas eu sei que pelo que eu conheço dele, ele não vai... ele vai me deixar mais nervosa do que eu tô. Eu acho que eu sozinha, eu consigo pensar melhor do que ele chegar em casa e pensar: pô meus filhos tem isso por causa de mim e já querer quebrar tudo, assim, não tem? Héstia].

Tem aquele ditado: não aceita por bem, aceita por mal. Ele não quis nem registrar, nada. Acabei registrando hoje sozinha. Aí agora eu vou entrar com um processo contra ele. E só passar a quarentena e já vou começar a mexer com os papéis. E ele fala que não vai ajudar em nada. [...] Nós terminamos, foi ainda na primeira relação. Ele gozou dentro e me fez aquela pergunta. Pergunta tola. Tem 24 anos na cara e ainda faz essa pergunta tola. Ah, será que tem problema? Eu disse que tem, aí ele tirou rapidinho. Só que ele acha que não teve muito tempo comigo pra me engravidar. Daí eu falei pra ele, basta só tu ter jogado a primeira parte que eu já fiquei grávida. Podes crer que eu tô grávida porque eu tô no período fértil. Daí ele assim na lá academia: é mas tu não me falou que estavas no período fértil. Daí eu disse: tu não me perguntou. Porque que eu vou ter que sair dizendo que eu tô período fértil ou não. Daí ele assim: e tu não pensasse em transar com camisinha? E se a gente tivesse alguma coisa? Parecia que ele queria dizer que tinha alguma coisa, ele. Querendo dizer que eu tendo essa idade deveria incentivar a usar a camisinha. Daí eu disse pra ele, não eu não sei mas quem deveria ter botado era tu e não eu [Hebe].

Ele sabe que o bebê nasceu, mas não veio vê-lo, mas também não me importo porque sou eu mesma que vou ter que criá-lo, ele nunca me ajudou. Eu sei que ele tem obrigação de dar pensão pros filhos, mas eu também sei que nem sempre ele tem dinheiro, porque às vezes o trabalho dele dá e outras vezes não. Então não adianta eu colocar ele na justiça [Selene].

▪ De os outros saberem...

Este é um tema que acompanha praticamente todas as entrevistadas, levando-as constantemente a fazerem movimentos no sentido de esconder sua condição de HIV+, o que é compreensível, tendo em vista o forte estigma e discriminação social da doença, conforme já evidenciado anteriormente.

Eu tenho medo porque né, a mãe dele é muito depressiva. Eu tenho medo se eu conto pra ele acaba dando negativo e ele fala pra mãe dele, um monte de coisa... e acaba todo mundo sabendo, porque lá no bairro onde a mãe dele mora é muito pequeno, sabe. É um bairro com três ruas. Aí todo mundo fica falando e eu nunca mais boto os pés lá. Só quem sabe é meu marido, minha sogra, o irmão dele. Na família dele só três pessoas sabem. E daí tem mais três, que é o meu pai, minha mãe e uma irmã [Eufrosina].

7.5.2.3 Recebendo apoio.

Mas se de um lado as entrevistadas percebem e reagem às inúmeras situações de discriminação nas relações estabelecidas com outrem e o mundo, por outro lado também têm as que encontram apoio na família, na comunidade e nos serviços de saúde em geral. O apoio do companheiro parece ter sido fundamental para algumas mulheres/ mães, conforme expresso nas falas de Têmis, Perséfone, Atena e Eufrosina:

*O meu marido faz controle direitinho e o exame dele continua negativo. Nós usamos camisinha. Quando ele soube, ele não acreditou também. Ele levou um choque, né? **Mas depois ele deu um apoio pra mim. Pelo contrário, ele não rejeitou, ele deu... me deu força pra mim, né?** Ele falou assim: não, nós vamos vencer essa batalha. Seja com preconceito de parente ou não, mas nós vamos tá junto. Tá junto mesmo. Pra mostrar pra muita gente que isso aí não é um bicho de sete cabeças. É isso que ele falou pra mim, né? Aí... aí... **é isso, ele me deu força, me deu força... me deu apoio [Têmis].***

*Aí eu cheguei em casa, o meu marido estava em casa. Só que eu não tinha falado pro meu marido, daí eu falei. Eu disse: o meu exame do HIV deu positivo. Aí ele disse: é mentira, isso aí tá errado. Você não tem nada. **Daí ele disse pra mim que tava do meu lado, que ele nunca ia me deixar. Que ele ia me ajudar. Que ninguém precisa saber de nada da nossa vida. Aí ele foi fazer, levou o meu filho junto com ele. Eu fiquei a imaginar o meu marido, ele era ruim antes. Ele não era essa pessoa que ele é. Ele bebia, ele não era carinhoso, ele era assim... ele jogava baralho, essas coisas. Hoje ele é uma pessoa transformada sabe, uma pessoa maravilhosa [Perséfone].***

O que me deixou mais forte o que mais me encorajou, foi o apoio que ele me deu. Eu me senti forte pelo apoio que ele me deu.** Sabe o que é que ele dizia pra mim, na brincadeira ele dizia assim oh, olha, porque a mãe dele é diabética né? E ela é praticamente cega de uma vista, então assim, tem dia que ela toma insulina e passa mal porque não tem como controlar né? Então tem dia que ela passa mal. Aí a médica pegou e disse assim pra ele olha, pensando bem às vezes é mais horrível ter uma diabetes do que um HIV. Porque também é uma doença que não tem cura. Pelo menos pode comer de tudo. Aí ele pensou, quando eu chegar em casa a primeira coisa que quero fazer é avançar numa barra de chocolate, porque pensar que a mãe não come isso. **Então quer dizer foram essas pequenas coisas que foram me

ajudando. Nossa, se eu soubesse que eu tiver, eu vou fazer festa. Ele dizia: o emocionante é nós dois ter, porque se tu tiver e eu não tiver eu vou fazer tudo pra pegar. Tanto é que ele fez. E o que ele fez? Perguntei. Ele tirou a camisinha. Ele tirava. Sem vergonha (sorrisos). Ele é muito engraçado... [Eufrosina].

*Aí, quando soubemos, eu fiquei preocupada com a reação dele né. Mas assim, **ele me surpreendeu muito, porque... daí foi aonde eu tive certeza assim do amor que ele tem por mim.** Em nenhum momento ele teve preconceito. Hoje eu que insisto e bato pé que tem que usar preservativo sim, porque por ele, ele não usaria, pela preocupação que eu tenho com ele, de não querer que ele contraia e até porque senão a gente vai estar multiplicando também, né? E... então **ele me surpreendeu muito.** E ele vê como uma coisa muito natural, vai pegar o medicamento pra mim, vai pegar o resultado de exame, porque às vezes eu tenho medo de ir e encontrar alguém conhecido, e aí não é o medo do preconceito, mas aí a pessoa fica especulando, e daí tu sofre com aquilo, né? Então se é uma coisa assim que tu já tá conseguindo resolver, tu tá calma e aí vem alguém com mil perguntas [Atena].*

Em relação à comunidade, aos profissionais e aos serviços, também é possível identificar na fala das mulheres/mães entrevistadas atitudes e comportamentos que são reconhecidos como positivos por elas, fortalecendo sua autoconfiança e auto-estima no processo de enfrentamento da doença:

*Eu só tenho que agradecer a Deus. Eu não deveria nem tá aqui chorando sabe? Tem horas que eu me, eu me... eu penso assim: Senhor me perdoa porque tudo que tu tem feito na minha vida, as pessoas que tu tem colocado no meu caminho, só tuas mãos mesmo, porque... **a médica, olha... eu nunca vou poder pagar o que aquela mulher fez pra mim psicologicamente, tá entendendo? Uma pessoa que trabalhou muito a minha mente, assim, ela me ajudou muito, eu me sentia segura quando eu vinha ali. Eu saía dali aliviada sabe, parecia que eu tinha deixado todo o meu fardo ali** (voz trêmula, emocionada). Porque não é assim... dizer assim: ah, é uma doença, você tratando você vai... Você é discriminada. Existe. Assim... tipo, a gente sempre escuta: oh, é... se cuida pode se contaminar, e não sei o que... A gente escuta isso. Eu já vi pessoas sendo discriminadas. Já vi. Eu tenho um amigo que tem essa doença. Ele já foi, as pessoas se afastaram dele quando souberam. Faz pouco tempo. Isso existe sempre e sempre vai existir. É uma coisa assim... que é tua, é uma coisa tua que você tem que guardar pra si. Pra você, pra Deus e pra mais ninguém, porque as pessoas ao mesmo tempo que elas dizem que te compreendem elas não te entendem, elas vão te julgar e acha que você... você fez tudo errado, tá entendendo? [Perséfone].*

*Eu vim pra maternidade sozinha, não tive ninguém pra vir comigo, parentes, eu digo parentes. Eu vim sozinha com meus vizinhos. **Eu vim pra maternidade com meu vizinho de carro.** O meu vizinho me trouxe, um travesti, a Katlen que me internou, porque tinha que vim alguém comigo pra fazer a internação. Veio, tenho amigos, tenho pessoas boas. O que eu quero te dizer que é um travesti, **que é maravilhoso que não teve um da família que viesse me trazer pra maternidade. Foi um travesti, como todo mundo fala, um veado, um travesti, mas foi ele que me trouxe pra me internar. Pessoa boa, maravilhosa, sabe Vanda? Que veio, que me internou.** A minha mãe, na hora que era pra tá do meu lado foi pra Joinville. Eu fiquei sozinha, agüentei tudo sozinha, não tinha um pedaço de carne dentro de casa pra comer. Eu sozinha em casa, trabalhando na casa dos outros pra arrumar um trocadinho pra comer com meus dois filhos em casa. Deixei os dois na casa de um irmão pra poder internar pra poder ganhar minha filha. Vim sozinha, tô sozinha, não recebi uma visita, só você. Só você Vanda que veio me visitar. Então foi ele que me trouxe. 7 horas da manhã ele já tava lá na frente no meu portão me esperando*

*pra me trazer. Eu vim contente pra ver o rostinho dela, né? Eu não vim pensando assim, coisas negativas, ah, que vai doer, que isso, e aquilo... não, Vanda não. Eu vim firme e forte pra ganhar a minha filha pra que ela saísse bonita e saudável e graças a Deus olha. Eu vim com pensamento bom, pensamento positivo. Que a minha filha ia nascer e ia nascer bem, bonita e toda perfeita. Eu só rezava pra Deus. O meu Deus, ajuda meu Deus, que dê tudo certo, que a minha filha venha perfeita, que venha com saúde, venha saudável, eu vinha rezando. Só assim Vanda, o meu pensamento foi esse. Eu vim pensando positivo, já basta a vida da gente que a gente tem que tomar o barco. Quando eu cheguei na maternidade, eu fiquei na sala de parto. **Lá foi tudo bem, cada uma ficava no seu quartinho. Elas me trataram bem, toda hora escutando o coraçãozinho do meu bebê, tomei o AZT em quatro horas fiquei no soro no AZT, pra não infectar ela na hora que ela nasce. Ai, Vanda Deus é pai, ela vai negatizar, eu sei que vai. Eu fiz tudo direitinho, ô. Eu vou te ligar. Eu vou fazer o exame daqui a três meses. De três em três meses é o exame dela, tem fazer. O Departamento de Saúde me deu a maior força: não Aglaia, vou te dar o... o leite todo mês, até o sexto mês de... quando ela fizer seis meses, nós vamos te dar o leite até os seis meses dela. Então quer dizer que isso também já é uma força também que a gente tem do Departamento, da Prefeitura, né Vanda. É tudo isso, então...*** [Agliaia].

Eu achei que aqui um céu porque é totalmente diferente, né? A gente é bem mais tratada. Parece que... a gente recebe mais carinho, mais atenção. Lá (na sala de parto) já é o contrário [Ate].

Olha... no pré-natal eu fui tratada muito bem, porque... quando você é HIV positivo, você sempre acha que as outras pessoas sabem, que as outras pessoas vão ter preconceito de você. Até agora... na maternidade eles me trataram super bem, até tinham uns exames que constavam HIV positivo, elas queriam que eu guardasse, aí eu disse: não, não. Mas ela disse: não, mãezinha não, é pra proteger você, não pra proteger nós, é proteger você. Você... você sabe melhor do que ninguém que apesar de todo mundo dizer que é esclarecido, sempre rola um... um clima, um preconceito. E eu me senti, olha mais bem tratada do que nos meus outros pré-natais. Que eles me trataram super bem, tanto lá no Posto, a minha médica me orientando, aqui eles me orientando. Foi show, porque... até... tava marcada a minha cesárea, não deu tempo de ser feita a cesárea, elas... eu tava bem apavorada na hora do parto porque... é como eu falei pra elas, eu escutei o meu pré-natal inteirinho que eu tinha que fazer cesárea porque a minha carga viral tava alta. E daí quando eu cheguei já tava... (sorriso nervoso) já tava com cinco dedos, não deu tempo delas subir, aí eles conseguiram me tranquilizar, mas eu ainda fiquei muito apavorada, daí como eu esperava cesárea, aí eles foram pra casa e eles... os médicos que ficaram do meu lado, tinha quatro médicos, (sorriso nervoso) só pra cuidar de mim, pra ficar do meu lado, porque eu tava super apavorada e eles conseguiram me tranquilizar (sorriso nervoso). Em relação ao tratamento e as orientações eu não senti falta de nada. Não porque eu... não sei se é porque eu fiz o acompanhamento com a psicóloga também, então eu já tava também... Ah, ainda ontem eu fui lá e falei com ela – que nem eu tava falando pro... pra mãe – eu ainda fui falar com a médica fui no... fui falar com a psicóloga e ainda trabalhei até as dez horas da noite pra 1 hora vir pra maternidade. A mãe ainda me disse assim: tu tá te sentindo melhor até do que as outras vezes (sorrisos) [Têmis].

7.5.2.4 Fazendo movimentos de transcendência: *[transformando aquela coisa tão ruim, tão negativa, em algo bom na tua vida]*.

Revela o movimento pelo qual o ser-mulher/mãe, enquanto existência, retoma e transforma por sua conta a sua condição de HIV positiva. Constitui em exemplos

concretos de que tudo é contingência no ser humano e que na sua existência não há a posse incondicionada. Neste particular, tomo como exemplos as situações apresentadas por Atena, Átropos, Ino, Aglaia e Eufrosina,:

Primeiro a gente teve a esperança de não ser porque alguns exames em gestantes eles podem dar alterados, né? Daí o laboratório chamou pra fazer de novo. Então ainda teve aquela esperança, aí depois mesmo que veio o resultado, assim eu não acreditava, né e hoje eu penso assim que... eu vi até uma cena da novela Mulheres Apaixonadas né, e uma coisa que a... aquela personagem que agora está com câncer de mama, como é o nome dela? Ah, é a Stela, e... a irmã perguntou pra ela como que ela tava se sentindo depois que saíram do médico, né? Ela disse: maravilhada, como eu nunca me senti antes. Daí a irmã olhou... como, né? Acabou de receber uma notícia dessa! De ver como esse céu é lindo, como o mar é lindo, como a natureza é bela. Poxa vida, será que eu tive... eu tenho que me sentir ameaçada por uma doença pra dar tanto valor à vida? E... é verdade. E... é bem isso mesmo, assim sabe? Então, talvez... se eu não tivesse contraído o vírus hoje eu não daria tanto valor à vida, ao respeito pelas pessoas... né, como eu dou hoje. Assim os momentos... Então... é a gente crescer com uma coisa negativa. Então, é fazer aquela coisa tão ruim, tão negativa se transformar em algo bom na tua vida. Canalizar pro positivo. Aí quando soubemos, eu fiquei preocupada com a reação dele né. Mas assim, ele me surpreendeu muito, porque... daí foi aonde eu tive certeza assim do amor que ele tem por mim. Em nenhum momento ele teve preconceito. Hoje eu que insisto e bato pé que tem que usar preservativo sim, porque por ele, ele não usaria, pela preocupação que eu tenho com ele, de não querer que ele contraia e até porque senão a gente vai estar multiplicando também, né? E... então ele me surpreendeu muito. E ele vê como uma coisa muito natural, vai pegar o medicamento pra mim, vai pegar o resultado de exame, porque às vezes eu tenho medo de ir e encontrar alguém conhecido, e aí não é o medo do preconceito, mas aí a pessoa fica especulando, e daí tu sofre com aquilo, né? [Atena].

E quando você pensa que a sua vida está ótima, que você não tem nada, você não liga muito pras coisas. Essa flor tando aqui, ou não tando aqui, é a mesma coisa. Você sabe que você vai ver hoje, amanhã, mas quando você descobre alguma coisa pra... que ameaça sua vida, que você se sente ameaçada, você dá muito mais valor. Se hoje você enxerga esse vaso, e amanhã não. E quantas vezes você vai sentir falta dessa flor aí. Então... talvez seja um grande... uma grande provação que eu tenha que passar. E vou passa... já comecei a passar [Átropos].

Na hora que me disseram eu chorei, né, eu fiquei chorando uns três, quatro dias mas aí eu pensei na minha cabeça não adianta chorar né, tenho que levar a vida pra frente, né? [Ino].

Eu não vou ficar pra vida toda, de repente me dá alguma coisa, eu sei lá... Eu já operei o pulmão, já operei a vista, me deu derrame pleural, tive três pontadas de pneumonia, duas dupla, derrame pleural, fiz duas cirurgias no meu pulmão, tenho essa vista operada... pô eu não sei do meu dia de amanhã. De repente me dá um negócio, vou pro hospital, a gente não sabe Vanda. Daí como é que fica isso? [Aglaia].

Olha eu não vou dizer pra ti que é fácil porque não é. Mas sabe como é que eu me conformo às vezes? Tem sempre um pior do que eu. Assim oh, quando eu fui fazer o exame de carga viral, meu Deus do céu eu vi tanta coisa! Vi uma criança de cinco anos, vi uma moça tão bonita, tão bonita... e vi um cara já tão feio, tão assim... na fase quase terminal. Aí eu olhei aquelas três situações assim, e me vi no meio, e pensei: não, eu tô melhor do que isso! Então o que eu passei no último mês, o que eu passei nos últimos trinta dias, não desejo pra ninguém. Sou bem sincera pra ti. Isso tudo que eu tive que pensar, que repensar, que eu vivi, mas hoje eu estou me

sentindo bem, tão bem. Eu me preparei bem, eu li, eu parei um pouco de pensar também, eu ocupei minha mente [Eufrosina].

7.6 DESVELANDO O SIGNIFICADO DA PRIVAÇÃO DO ATO DE AMAMENTAR

7.6.1 As deusas significando a vivência da privação do ato de amamentar

Dando seqüência à apresentação e análise fenomenológica dos dados, caminho agora para a segunda parte do capítulo, em direção à apresentação do significado da privação do ato de amamentar propriamente dito, apreendido da experiência vivida e manifestada corporeamente através das diferentes modalidades de expressão pelo corpo encarnado do ser-mulher/mãe HIV positiva e desvelado por meio da análise fenomenológico-hermenêutica.

Do conjunto dos resultados obtidos, arquitetados por meio dos significados e temas essenciais apreendidos, ocupa lugar central neste estudo o significado que pode ser compreendido como: **percebendo-se como ser-mulher/mãe privada do ato de amamentar: dói o coração da gente a gente querer dar o peito, dar de mamar e não poder dar**. Cabe ressaltar, entretanto, que da articulação das vivências expressas e reduzidas fenomenologicamente vieram à luz outros temas correlatos ao significado central, formando uma rede integrada que pode ser desdobrada e compreendida como:

- atribuindo significado à amamentação: *retomando vivências anteriores*;
- percebendo o leite secretado pelo seu corpo: *o meu leite é normal, mas ele não é normal*;
- e quando mentir é preciso: *o meu leite não desceu, eu não tenho leite*;
- de preferência sem faixa, não usar faixa: *isso tem que acabar!*;
- tendo que alimentar o filho com outro leite: *percepções e movimentos na espacialização do alojamento conjunto*;
- resignificando a amamentação: *já que eu não posso amamentar eu vou dar mais carinho, mais atenção – amamentação simbólica*.

7.6.2 Percebendo-se como ser-mulher/mãe privada do ato de amamentar: *dói o coração da gente, a gente querer dar o peito, dar de mamar e não poder dar*

Revela como no momento presente e junto à sua comunidade o ser-mulher/mãe HIV positiva, a partir do seu corpo próprio, enquanto matriz de significações, expressa o significado de estar privada do ato de amamentar, ou seja, de estar impedida de dar de mamar, de criar o filho ao peito, de aleitar, nutrir e alimentar⁴⁶. Do conjunto das descrições experienciais obtidas, prevalece o sentimento materno de profunda dor, acompanhado de outros sentimentos, tais como: tristeza, culpa, impotência, inferioridade, necessidade, indignação, dúvida, vazio, inferioridade, inveja, frustração, medo do preconceito e da falta de amamentação, arrependimento, dúvida e agonia. Tais sentimentos refletem claramente a tomada de consciência das perdas que a privação do ato de amamentar lhes acarreta (**a gente só dá valor quando perde, a gente só dá valor quando não tem; só dá valor à saúde quando tá doente, só dá valor à liberdade quando tá preso**), bem como ao seu filho, e são mais intensificados à medida que o ser-mulher/mãe tem consciência e reconhece as vantagens da amamentação para si própria e para a criança, e a superioridade do leite materno, quando comparado com outras formas de alimentação infantil. Entre as vantagens reconhecidas e mencionadas, destacam-se as econômicas, as nutricionais, as imunológicas, as afetivas e as higiênico-sanitárias. O mesmo ocorre quando, na espacialização do seu corpo, se depara com outras mulheres/mães que estão amamentando e também com situações que promovem a amamentação materna, tais como aquelas adotadas nos Hospitais Amigos da Criança, bem como as veiculadas através de material educativo, cartazes e matérias em jornais e revistas, no rádio e na televisão.

A percepção da privação do ato de amamentar varia também entre as entrevistadas de acordo com o nível de conscientização sobre o risco de transmissão do HIV por esta via, a experiência anterior com a amamentação, o apoio que recebe da família, dos serviços e profissionais de saúde e da sociedade de modo geral (nas

⁴⁶ Sinônimos do ato de amamentar de acordo com Bueno, 1985.

relações estabelecidas com outrem e o mundo), o momento e a forma como tomou conhecimento do diagnóstico de soropositividade, o modo pelo qual foi contaminada, além de outros componentes individuais, como estrutura interna, *background* cultural e tradição familiar em relação à amamentação.

Entre os significados expressos corporeamente e no momento presente da entrevista pelo ser-mulher/mãe HIV positiva, destaco, ainda: como sendo um vazio muito grande, um sonho para aquelas que nunca amamentaram, como algo que não poderá fazer mais, como sendo o mais bonito na maternidade, que faz se sentir mais mulher, uma coisa que só nós mulheres podemos fazer, como um pedaço de si que está indo com o filho, tirando um pedaço de si, algo bem diferente e difícil de aceitar, um peso na consciência, não sendo triste para quem já amamentou, sendo triste para quem nunca amamentou, um grande descuido, uma forma de dar menos carinho para a criança, algo que judia da pessoa, uma privação de algo que tanto sonhou fazer, não causando muito choque, algo muito ruim, uma forma de proteger o filho, uma prova de amor, um significado diferente, como não podendo ajudar uma pessoa que está necessitada, como sendo a mesma coisa que querer namorar, que querer ter o primeiro namorado, como uma frustração, como uma castração, como perda da identidade feminina e materna, como algo estranho, algo que faz parte da história e da cultura. Para algumas mulheres/mães entrevistadas, o peito significa tanto *um pedaço da mãe quanto do filho*, uma *coisa limpa, uma anestesia*, tudo o que uma criança precisa, e a amamentação como sendo uma forma de construir apego, um processo prazeroso que proporciona alegria, uma forma de dar carinho e atenção.

Para a devida compreensão deste significado, faz-se necessário retomar a compreensão de que o ato de amamentar, longe de ser um fenômeno biológico circunscrito ao corpo da mulher, é antes de qualquer coisa, um comportamento expressivo e, como tal, envolve a totalidade de sua existência.

Visto deste modo, o ato de amamentar mobiliza-a integralmente nas suas múltiplas dimensões, isto é, física, psíquica, cultural e social, não se restringindo este ato ao simples oferecimento do peito à criança. Isto quer dizer que o uso que o ser-mulher/mãe faz deste processo por meio do seu corpo é transcendente em relação a esse corpo enquanto ser simplesmente biológico.

Amamentar, a exemplo de outros processos do ciclo reprodutivo, não é mais natural ou menos convencional do que qualquer outro fenômeno humano. E neste particular é importante considerar que, na perspectiva merleau-pontyana, não é possível justapor no ser humano uma primeira camada, que designaríamos de natural, e uma outra cultural e espiritual engendradas, já que no ser humano “tudo é natural e tudo é fabricado” (MERLEAU PONTY, 1999, p. 257). Disto se segue que o ser-mulher/mãe HIV positiva, ao vivenciar a privação do ato de amamentar, desencadeia uma imagem do corpo próprio, criando significações que transcendem a condição puramente biológica. É na intersecção das suas múltiplas dimensões (biológica, afetiva, econômica, cultural e espiritual) que as mesmas são engendradas e, deste modo, igualmente enraizadas no mundo social.

Inserida num contexto onde a amamentação é socialmente protegida, estimulada, apoiada e historicamente legitimada, estando assentada em um corpo de conhecimentos, crenças e valores construídos culturalmente, o ser-mulher/mãe, diante da privação do ato de amamentar e ao tomar consciência das perdas no âmbito do corpo próprio, do mundo da percepção e do mundo simbólico, reage fazendo movimentos contrários à necessidade de desconstrução destes valores imposta pela condição de HIV positiva. Dada a expressividade das falas instituídas pelas entrevistadas e da relevância das mesmas no presente estudo acerca do que significa estar impossibilitada de amamentar, optei por apresentá-las na íntegra, embora tenham sido submetidas à redução fenomenológica, conforme pode ser observado no Apêndice B.

Depende né, no meu caso significa tudo. É fundamental eu não dar o peito para não criar mais risco de contaminação pro neném. No momento eu nem queria sabe, poder dar, eu nunca me vi dando de mamar para uma criança, até mesmo antes de saber que eu não poderia. Porque eu não sabia nada disso aí. Nem me imagino sabendo disso aí [Hebe].

É uma coisa que dói, machuca, como eu já te falei, é o que eu mais acho bonito na maternidade. É uma coisa que só nós mulheres podemos fazer, o homem não pode fazer isso. Isso é que me faz sentir mais mulher, sabe? E aí eu não posso. E daí eu acho que dói, eu acho que é uma coisa assim que fere, porque é uma coisa assim que eu não tive culpa por ter pego, mas ao mesmo tempo eu tenho culpa porque eu podia ter me cuidado. Aí a minha desculpa, a desculpa que eu tenho pra mim mesma é: mas como é que eu vou adivinhar? Mas ao mesmo tempo eu me sinto culpada, tá entendendo? Mas é uma coisa assim oh, o que eu acho mais... o feminino da mulher é o amamentar, eu acho mais bonito. Tanto é que eu acho bonito uma figura de uma mulher com o peito de fora dando de mamar e não acho bonito uma mulher barriguda. Eu não sei por que que eu acho mais bonito o peito, o seio. E todo mundo dá de mamar, é claro eu disfarço o máximo possível, eu já chorei muito, eu já fiquei duas noites chorando a noite inteira, amanhecia chorando, mas eu sempre tentei ser positiva, sempre tentei ser forte, eu chorava muito também

dentro do banheiro quando tava tomando banho porque daí meu marido não via, para ninguém ver... Isso só tu que sabes, tá. Só tô contando isso só pra ti. E assim, eu chorei ontem na hora que elas tavam colocando o soro. Eu comecei a chorar porque pra começar **tinha uma mulher do meu lado fazendo um escândalo que era uma coisa, né?** E ela ía ter parto normal. Aí eu pensei, não sei como é que pode ela tá fazendo um escândalo e vai ter parto normal e eu tô chorando porque eu quero ter um parto normal e vou passar para cesárea. **E também tô chorando ainda porque não vou dar de mamar, porque eu tenho certeza que se fosse parto normal na mesma hora eu podia pegar o bebê no colo, eu podia sair com o bebê andando, podia dar de mamar, se fosse tudo normal.** Aí comecei a chorar por aquilo e o meu marido chegou eu tava assim com meu olho vermelho, daí ele perguntou: tavas chorando? Não, eu tô é com dor de cabeça. Na verdade eu estava com um pouco de dor de cabeça. Essa menina me deixou nervosa. E ela me deixou tão nervosa, com aquilo, tão nervosa, poxa! Aí é que eu lembro do que uma professora dizia pra mim: **a gente só dá valor quando perde, a gente só dá valor quando não tem; só dá valor à saúde quando tá doente, só dá valor à liberdade quando tá preso.** Sabe? Então a questão da amamentação, é uma coisa assim, **que dói, que me machuca, eu me sinto diferente, eu me sinto impotente.** Mesmo porque se eu quiser fazer (amamentar), eu posso fazer, mas eu sei que estou fazendo mal... Eu não vou fazer. **É uma questão de consciência [Eufrosina].**

Pra mim não tem assim tanta... tanta importância, mesmo porque eu nunca fui assim muito chegada à amamentação. Eu nunca me dei bem com a amamentação. É por causa do seio né, eu não tenho bico e também tenho pouco leite, aí eu amamentei pouco tempo. Pra mim não foi prazeroso amamentar. Senti bastante dor. **O fato de eu não poder amamentar agora, não altera nada [Ate].**

Pra mim não... como eu já... antes de eu engravidar eu já sabia que a mãe com HIV positivo não podia amamentar, então... quando eu engravidei eu já... a primeira coisa, né? Eu não vou amamentar. **Então não teve muito choque. Eu acho importante a gente ficar na unidade com outras mulheres, porque eu acho que a gente não tem que ser tratada diferente, né.** Não tem que ter tratamento diferenciado. Tem que ser tratada igual. Só o cuidado que é diferente. Daí nenhuma assim... Até agora nenhuma assim... quanto ao HIV, nenhuma me... elas respeitam, não falam na frente das outras pacientes. Quanto a isso eu não tive nada. A minha preocupação maior é em relação ao leite... É, porque daí ela chora, né? Daí... a gente sabe que às vezes pode ser... Às vezes pode até não ser fome né, mas... a gente queria dar pra ver se era, né?" (falou isso com profundo sentimento de tristeza) [Cloto].

Significa... olha, pra mim não significa muito. Vou ser sincera. Os meus outros filhos eu amamentei no hospital, mas não amamentei em casa por causa desse problema que eu tenho, né? Eu tenho dificuldade pra ter leite realmente e eu **prefiro dar a mamadeira** porque eu acho que a criança que mama no peito, tem muitas vantagens: por causa dos dentes, por causa da força, por causa disso e por causa daquilo, mas a criança que mama na mamadeira também é saudável, do mesmo jeito. É só dar outras vitaminas e... é... começar a já dar comida com seis meses, cuidar bem, dar fruta e... que a criança é forte também, né? **E a criança no peito é muito dependente da mãe.** Ela é muiiito dependente. Por exemplo, se eu for trabalhar. Como é que eu vou trabalhar dando mamar no peito? Então eu acho que é uma dependência muito grande. Mas claro, se eu pudesse eu gostaria de dar mas... não dá, também pra mim não é um bicho de sete cabeças [Deméter].

Dói no coração da gente, a gente querer dar o peito, dar de mamar, e não poder dar Vanda, é triste. Uma criança linda dessa, pô poder botar o peitinho na boca dela, dar de mamar, amamentar ela, vê ela mamando né, e eu não poder dar o peito? Isso é triste Vanda. Isso dói, porque saber que se tu der tu vai contaminar a criança. Então? Então não vou dar pra não contaminar a criança. Ah, é como eu tava te falando, né Vanda, esse lado aí. Tu pensas **que não dói em mim? Dói meu coração, poxa.** É lindo... olha só que criança linda. Tu querer amamentar... **dói o coração, Vanda.** Poxa, eu querer amamentar minha filha e não poder. Por quê? Porque sou contaminada e de repente a minha filha não ter o vírus e eu vou contaminar a minha filha? Por isso que eu prefiro mesmo. Eu já tomei injeção hoje pra secar o meu leite. Né, ela disse: Aglaia vamos tomar a injeção pra secar o meu leite... Eu disse: não, **com certeza eu quero mais é que dê** porque **jamais eu vou infectar a minha filha ou um filho meu que seja, até dentro de casa. E a mãe que faz isso com um filho, pelo amor de Deus, né, tem que ter a morte, né?** Eu acho que é uma prova de amor. Eu acho com certeza, porque eu não amamentando ela, é uma prova de amor porque eu não tô matando

ela, eu não tô infectando ela e se ela veio, veio porque Deus quis Vanda, porque eu tava de quatro meses e eu não sabia que tava grávida, entendesse? O significado pra mim de não poder dar o peito, é porque eu sou portadora e vou infectar o meu neném. Então eu sabendo que eu vou infectar o meu neném, então eu não quero isso, então eu não quero amamentar. **Eu por mim mesmo, não quero amamentar.** Eu quero secar o meu leite. Agora, é claro que isso mexe comigo. Mexe muito. Porque meu Deus, como seria bom se eu fosse saudável e pudesse amamentar a minha filha. Pudesse dar o peito pra ela, ver ela mamar, ver que eu tô dando um leite saudável pra ela, né? Então como aconteceu isso comigo e eu não posso amamentar, o que eu tenho que fazer? É secar o meu leite. Não dar o peito pra ela, pra não prejudicar o meu bebê. É isso Vanda [Aglaiá].

Eu acho que não poder amamentar é tu não poder tá é... usando digamos assim, mais um instrumento de tá passando afetividade, o amor pro teu filho. Embora eu saiba que existem outras formas, né, mas assim eu sei o quanto esse... esse primeiro contato, é claro, na vida pós-uterina, né o quanto isso é importante, pra criança e pra gente enquanto mãe, né? E agora eu tava pra decidir se eu ia fazer a laqueadura ou não, né? E eu não consegui. Primeiro... não por intenção de ter mais um, de arriscar mais uma criança a contrair essa doença, né, mas pelo fato assim de a gente não saber... claro que a gente tem que pensar positivo, mas querendo ou não a gente de certa forma já se prepara assim... E tem aquela expectativa: será que vai negatar como o outro? Vai ser saudável? Então uns dos motivos de eu não ter feito foi por isso, assim... Pra esperar, pra ver se o neném tá tudo bem, tá tudo ok então pronto, agora ou ele ou eu vamos fazer né? E... e o outro motivo, é... eu vi assim que... eu fico analisando... **Foi assim oh, pra mim já foi uma castração não amamentar, daí... ainda fazer laqueadura?** (Começou a chorar) Aí durante a gravidez eu assim... eu... é... com todos os dois eu conversei, e disse pra eles que eles não iriam mamar no peito e falei o motivo (chorou no momento). **Eu me incomodava ver alguém amamentando e aí eu me reportava à situação de que eu não posso. Porque o próprio ato em si, mesmo que a gente não pense em todas as vantagens, o ato de amamentar por si, eu acho que já faz parte da cultura, né, assim como a grávida...** se a gente for pensar, a gente não fica bonita, né? Mas existe essa cultura da mulher grávida de que é bonito, da barriga crescendo e o amamentar faz parte dessa cultura, né? **É uma coisa bonita.** Então, já mexeu muito mais comigo. Hoje não, hoje já... já é bem mais tranqüilo eu ver... e agora, hoje... assim, eu já me preocupo... é... se bem que agora já tá começando a ser bem mais divulgado, né? com toda essa campanha em prol da amamentação, e as pessoas pouco esclarecidas, né... que de repente... não sabem que tem, quando o médico pede pra fazer, a própria pessoa tem preconceito ou medo de fazer e dar positivo deixa passar, acaba amamentando o filho de outra, sem pensar que de repente pode ter, tudo por uma campanha de que dizem que é importante amamentar, que tem que amamentar, né? [Atena].

Eu acho... bem triste não poder amamentar. É aquilo que eu te falei. Eu tenho certeza que eu **seria uma boa mãe** que iria amamentar legal. Por eu já me alimentar com comidas boas mesmo né, ia sair um leite bem produtivo e bom pro neném, eu tenho certeza. Aí eu ouço as outras ali tapadonas ali, aí, eu não quero, pra não engordar, aí, não sei o que..., aí, o meu seio isso, e assim por exemplo tipo o meu seio, seria bem bom pra amamentar, até o bico, eu não preciso nem fazer nada... Seria maravilhoso, **a minha tristeza é isso**, bah, sabendo que... ia ser bem bom pra amamentar e não poder por causa da doença, né? Pra aquelas que podem amamentar eu acho que eu falaria pra elas: olha, dá mais valor porque... eu queria poder ter essa tua chance aí que tu tá amamentando, tem aí, fica desculpando em querer emagrecer ou não tá com fome, né, só pra não... sei lá... Mas eu queria ter a chance de muitas aqui do lado que tão... tá uma ali: ah eu não quero..., a mulher falou: ah, vocês tem que comer pra amamentar bem, ó deixaram tudo aqui. Ah, eu quero emagrecer a guria falando, né? (alteração no tom da voz com certa dose de ironia). Eu não tive contato com as outras, só com a que tava aqui no quarto mesmo. Eu acho triste não amamentar porque isso já vem de séculos atrás, né, todo mundo amamenta e chegar agora essa geração aí do HIV e ninguém poder amamentar. Aí eu fico com aquilo lá, eu acho que a mulher não amamenta, agora que eu não sabia disso, né, que a mulher que não amamentava todo mundo podia saber que ela tinha HIV, eu não... não sabia. [Afrodite].

Eu não poder amamentar significa que é muito triste, só isso. Não tem outro significado. Eu acho **triste**, acho muito triste. Eu acho que pra quem não amamentou mesmo, é muito triste. **Pra quem não amamentou é um sonho, porque não sabe né, o que é sentir aquela sensação de tá amamentando, aquela coisa né...** Mas pra gente que já amamentou, a gente já sabe qual é a sensação. Então... tem horas assim que até incomoda. Sabe, a mãe com... a gente com leite assim no seio, e tudo... e pingando e suja toda roupa, então eu penso assim... Então pra mim é mais cômodo

até não amamentar... não amamentar. Mas... isso no meu caso que já amamentei, né. Agora a mãe que nunca amamentou é muito triste, porque ela não sabe a sensação, né... aquela coisa de tá... **É a mesma coisa querer namorar... querer ter o primeiro namorado... então quer dizer, tudo a gente tem que ter... tem que conhecer né, tem que ter passado primeiro e aí quem nunca passou vai sempre ter aquela frustração, né.** Então, aí é triste. Mas pra quem já amamentou, não é triste não (risos) [Hera].

Agora nessa gravidez pra mim **está sendo bem estranho** porque na primeira eu amamentei... foi pouco tempo... pra mim foi pouco tempo, dois meses... mas eu tive aquele contato, né, interno com meu filho, né? Eu amamentei, cada hora que ele chorava de madrugada ou quando ele queria mamar eu já dava mamazinho pra ele, já tirava o peito, tudo... Não... não fui de... pelo menos durante esses dois meses eu não dei nenhuma outra comida pra ele, né? Depois que ele foi acostumando com outro leite, com outra comida. E agora... dessa aqui não, eu já vou ter que começar desde o comecinho... vou ter que tá dando outra coisa, vou ter que fazer tratamento, é tudo mais uma... mais seis meses de tratamento pra ela não pegar a doença... É um... fazer o quê? [Aidos].

É um peso na consciência. É assim de eu... de eu ter... assim, deixar acontecer isso e agora não poder... que se eu amamentar vai ser um peso na consciência, como eu não poder amamentar é outro peso na consciência. Tá entendendo o que eu tô querendo dizer? Assim, se eu... mesmo sabendo que tinha, não... assim... ah, já que tem eu vou dar, aí eu ia me sentir culpada como também tô me sentindo culpada por não poder amamentar ele, já que o meu outro mamou até dois anos, é forte sadio e tudo né... então é pra mim é isso, de eu tá vendo ela mamando de outras pessoas... leite de outras pessoas e não mamar o meu, né (começa a chorar). **Por que que ela tem que tomar de outra pessoa? Será que ela sente que é de outra pessoa?** Quando eu vejo uma mãe amamentando aqui na unidade **eu me sinto assim... menos do que ela**, porque ela teve o mesmo parto que eu e tudo e só porque ela tá amamentando e eu não, **e eu me sinto assim... inferior**, assim, né. Mais ou menos isso, eu não sei se é isso, assim... não tem? E... e **culpada** também de... de não tá dando pro neném, né. **Culpada assim...** pelo fato por ela tá mamando de outras pessoas podendo ter o meu né? **Eu acho bonito a mãe amamentar** né, a criança assim... Como tinha uma propaganda de uma criança, que a mãe amamentava e a criança com os olhinhos, assim... que eu achava bonito. Os olhinhos assim do neném... pra cima né? [Héstia].

É doído não poder dar o peito (falou bem baixinho). **Dói lá dentro**, de não poder assim... tirar o peito e... e dar de mamar. **Dói muito, muito, muito, muito.** Uma coisa que é deles e eles não podem... né? Porque é uma coisa que é deles. A partir da hora que tu gera um filho e que ele nasce, aquilo ali não é mais teu. Aquilo ali é dele e ele não tá podendo... ah... aproveitar... o seio, né? Porque uma coisa assim... é um momento que... é... é... longo, mas se torna tão rápido a amamentação, né? Quando tu vê (estalou os dedos) pronto, a criança parou de mamar por si. Não quer mais o peito, né? Eu sei porque eu passei por isso dez anos, né? E... é rapidinho. Uma coisa que tu não pode fazer mais assim... nem com ele, nem com ela, nem com outros... né? Tu não pode nem tirar pra aproveitar... né? Mandar pra um banco de leite, mandar... né? [Ártemis].

É foi que nem eu disse. **Pra mim, eu... sei lá, o seio é a coisa mais importante pra uma criança. Mamadeira pra mim... eu não dou valor pra mamadeira.** Eu dou assim a mamadeira pro meu filho, é claro, eu sinto que ele tá com fome, eu dou assim... faço aquela mamadeira assim que ele mama com tanta vontade, **mas parece que ele não se satisfaz quanto ao peito.** Que nem eu digo, às vezes, eu fico até... na verdade, com... com **inveja** de ver uma mulher amamentando o filho. Aí eu sempre penso assim, **poxa eu tive três com esse e nunca vou poder amamentar.** Aí então eu fico assim, **porque o meu sonho**, que nem eu falei, **o meu sonho era ter um filho pra mim poder amamentar**, porque a coisa mais linda que eu acho é uma quando o bebê chora e mãe tira o seio e ele... **é uma anestesia.** Então, sei lá eu pra mim... que nem eu digo, então eu quase não... não... Eu penso assim e **já tiro da cabeça**, pra não ficar me judiando, sabe? **Porque isso judia da pessoa. Isso judia, nossa!** Pra mim também que sou mãe três vezes, isso judia muito. Então... pra mim, o peito é tanto um pedaço da mãe quanto do filho. Eu acho assim, que sem o peito o filho não vive. É um pedaço da mãe que ele precisa sempre. É que nem um pedaço do coração da mãe que o filho sempre vai estar ali. Então eu acho assim, tirando o seio do filho é... tira o filho do coração... é tira um pedaço do coração. Eu pra mim, eu acho isso. Então é... Eu pra mim, tenho que me contentar assim mesmo. Tenho que me contentar, tenho que... Eu sei que é pro bem deles, né, eu não vou... não vou tentar dar o seio pra... pra fazer o mal pra eles. Eu sei que é pro bem deles, eu não poder amamentar.

Tenho que me contentar e... Claro que não vou deixar morrer de fome, tenho que dar a mamadeira, mas pra mim a mamadeira não... não tem valor na verdade. **A mamadeira assim pra mim não tem valor.** Pra mim é isso [Ananke].

É um significado bem diferente, né? Bem diferente, bem difícil pra se entender e se aceitar, né? Mas eu tenho consciência que se eu for fazer a coisa contra, e querer teimar, e achar que tô certa e correta e vou alimentar, eu vou tá prejudicando ela. Então eu prefiro me conscientizar de que eu não posso, que não é como a outra nem como o outro né, e... e fazer realmente o procedimento pela mamadeirinha, bonitinho e ver ela ter uma vida normal, né? Dar a ela uma vida normal, da forma que ela tem direito [Átropos].

Não poder amamentar pra mim significa eu acho, **menos carinho pra criança, uma forma de dar menos carinho, né?** Porque a criança que é amamentada no peito da mãe ela se sente mais protegida, mais amada... eu acho assim, né, mais amada. E a criança assim que não mama no peito fica assim mais rebelde... mais... no ponto de ver né? As coisas... a criança que é amamentada no seio direto com a mãe, direto, contato ali com a mãe é uma criança mais calma, bem mais calma, mais amadinha, é assim que eu vejo. **Então pra mim não poder dar o peito pro meu filho é uma tristeza, né,** porque assim a gente não poder dar... dar o que a gente tem, pros filhos que todas as outras mães dá, né, isso é muito triste, né? Mas fazer o que né, é a lei da vida: não pode, não pode. Já que eu não posso dar o peito, eu quero dar bastante carinho, bastante atenção, né? Conversar bastante com ele, ser bem atenciosa com ele [Nike].

Ah, o que significa pra mim? Não amamentar é... é como se eu não... não pudesse ajudar **assim uma pessoa que tá passando necessidade,** dá pão pra uma pessoa, é a mesma coisa. Pra mim é isso. A gente fica triste porque... né, chegar nos quartos ver... ver as mães amamentando e... aquilo vem na mente da gente, a gente não pode amamentar, né? É a mesma coisa que... que não dar um pedaço de pão pra uma pessoa que tá precisando pra comer. Pra mim é isso. Só que... de um lado eu penso assim né? Mas também se eu for amamentar... né, como eu já disse, eu posso até tirar a vida do meu filho, então mas vale eu criar ele sem o peito né, do que eu dar mamar e tirar a vida dele. Pra mim é isso, entendesse? Porque assim... às vezes a gente vai num lugar que tem mãe que **pode amamentar e não quer, né? E a gente, quer dizer, eu não posso chegar pra aquela pessoa e dizer: ah, amamenta porque eu sou portadora do vírus do HIV e eu não posso amamentar, e tu podes, né?** Porque tem pessoas que... se a gente falar isso vai entender e é capaz até de amamentar, mas tem umas que não, né, já não vão nem... Porque tem muitas mães que não gostam de amamentar os filhos. Tem. Tem muitas. É mais pra não amamentar do que pra amamentar, né? E eu não, graças a Deus eu amamentei aquela minha de doze anos, até três anos. E ela mesmo é que largou mesmo porque, eu gostava de amamentar ela porque o leite é saudável né pra criança, né? Já sai direto... direto do peito da gente né? É uma coisa que é... uma coisa limpa. Não é? A gente não tá colocando numa panela... porque tem pessoas que não passam uma água na panela já vai botando aquele leite ali e já vai dando pra criança. E o leite materno não, né? Já sai dali, não precisa tá lavando, não precisa né, tá fervendo, já vai... é vitamina, é saúde pra criança né? Então... eu fico triste por causa disso, porque eu sei que esses leite, dá cólica na criança... esses leite de... leite Nan, qualquer leite dá... dá cólica na criança. Agora o leite materno não, né? Sustenta, dá saúde pra criança, a criança às vezes né, fica aborrecida quando ganha uma vacina, aí a gente vai ali dá mamar, agora já se for uma mamadeira já não quer. Como é que a gente vai forçar, né? Não tem como, né? Tudo isso. O leite materno tem uma grande vantagem por causa disso, né, e... mas eu não posso dar, né, então... [Irina].

Eu não poder dar o peito pra minha filha pra mim, significa assim... **um grande descuido da minha parte,** né, porque se eu soubesse que o meu marido andava assim na coisa... eu tinha me cuidado, né. Também não teria chegado num ponto e ter ficado... passado, pra ficar grávida, pra ter ela agora e tá... Porque se fosse hoje, se eu tivesse... se eu não tivesse ela, eu também não sabia que eu tinha, tava levando a vida a vida sem saber... E agora tá aí esse transtorno todo na minha vida. **O fato de eu não poder amamentar me dói muito.** Saber que eu vou lá em cima no berçário, vejo as mães lá amamentando né, eu vejo elas amamentando as criancinhas delas... E agora eu vou lá em cima e vou aprender a dar o remedinho dela e o leitinho, aprender a lidar com ela agora. Não poder amamentar é muito doloroso, meu Deus (minuto de silêncio). **Olha eu acho que se eu tivesse amamentando eu não tava tão arrasada.** Se fosse o caso, se a gente pudesse amamentar né, dar o leite pra ela [Métis].

*Ontem... de madrugada ele começou a chorar, chorar, chorar, ela tava deitado aqui (junto com Agléia) e eu sentia que ele tava procurando. Aí eu comecei a chorar. Aí... aí ele não parava, não parava, não parava, eu levantava aí eu fui lá, eu pedi pra... chamar né, que eu acho dar mamar na seringa pra ele, eu acho assim... não é legal. Aí assim... dá aquele aperto no coração. Porque tu sabes que tu tens leite, e tu não poder amamentar... É difícil... Aí ele abria a boquinha... Eu sabia que ele tava procurando e ele parecia que **sabia** que tava aqui, porque ele vinha com a cabeça aqui. Aí onde eu peguei e deixei ele chorando aqui no bercinho, embalei, embalei aí ele dormiu. Aí às nove (vinte e uma horas) ele começou a chorar de novo. Porque **ele sente falta**, né? Aí... Eu tenho até uma amiga que ganhou o neném agora também, a gente tava grávida juntas, ela também não tá amamentando. Só que **dela** eu não sei porque, ela não me contou. Ela tava... Eu cheguei pra visitar ela, e ela tava toda enfaixada também. Eu perguntei, ela disse que não tinha leite. Eu digo... é impossível uma mãe não ter leite. Ainda mais ela que tinha os seios assim... dava pra ver que ela ia ter bastante leite. E até hoje eu não sei. Aí todo mundo me pergunta: tu não tá amamentando? Aí eu digo que não. Por quê? Eles já pensam alguma coisa né? Eu digo que não tenho leite também. Ontem a minha irmã ficou aqui até as 11 horas (23 horas), aí sempre vinha uma, né, eu tava no soro ainda, **aaai eu ficava angustiada, eu ficava com aquele aperto eu não via a hora de ir embora...** Eu disse assim: a meu Deus, vai que elas falem alguma coisa, pensando que eu contei e eu não contei. E aí até pedi pra uma enfermeira, eu falei pra ela que... pra ela... não comentar nada que eu não tinha contado. Ela disse... ela foi ainda bem querida, ela disse assim: não, não tem problema, pode deixar. Ela vinha, falava comigo baixinho e... Eu não poder dar o peito pro meu filho pra mim, significa não dar todo amor que eu poderia dar a ele. Eu acho isso né? Porque apesar... ali é um contato, que ele ia ter comigo... a mais. E tem, tem contato, tem meu carinho... Mas é um contato a mais, aonde... ia ajudar ele a sobreviver, a não pegar assim... porque o leite materno... ele... como é que eu poderia dizer, ele protege. Eu acho assim... **É um pedaço de mim que não tá indo com ele. E isso me dói. Dói muito.** Eu queria amamentar e não posso. Mas se é pro bem dele. Depois assim que eu vim pro quarto eu não vi ainda nenhuma mãe amamentando, mas eu acho que quando eu encontrar alguma mãe amamentando, eu vou... eu não vou conseguir ficar olhando, vou pegar e vou sair. *Que aí eles vão ver o meu também pequenininho e eu não vou tá amamentando...* [Agléia].*

*Ah, eu sinto falta, né? Porque eu acho que seria... porque amamentar é onde que ele se apega mais ainda com a mãe, né? E... ah, eu tô sentindo falta, muita falta disso. Hoje é que eu dei o leitinho pra ele, né? Ele tá tomando na mamadeira. Hoje que eu dei. Tá, tá aceitando. Eu acho que o horário tá bom, eu só não quero que ele acostume muito é na noite. Pra ele não se viciar (sorrisos). Pra mamãe dormir né filho? Eu gostaria de estar amamentando, mas já que não é possível, né? Não dar o peito pro meu filho, significa **tirar um pedaço de mim**. Tirar um pedaço de mim, porque **o meu sonho era poder amamentá-lo**, né? Tá certo eu já esperava por isso né, de não poder amamentá-lo... tudo, mas arrancaram um pedaço de mim. Eu me sinto assim. É... não era nem pra mim tá achando isso porque eu já deveria tá preparada com relação a isso (sorrisos) mas... **Quando eu digo que é como tirar e um pedaço de mim, eu quero dizer que... ah... é tá me privando de fazer uma coisa que eu tanto sonhei em fazer.** Eu... é isso. Eu tô bem consciente que não devo dar de mamar [Hybris].*

*Ah, significa assim que a gente ô, a gente fica chateada porque a gente chega nos hospitais né, chega perto de alguém que já falaram do meu problema né, e daí todo mundo fica com a cara feia né, pensam se vão atender ou não, já atendem a gente assim com luva essas coisas né... Ah, daí fica chato né, daí a gente olha pras pessoas e as pessoas com a cara feia né? Ah, essas coisas né? Não poder amamentar é muito ruim, a gente se sente mal né, por causa que... a gente... toda mãe quer dar amamentação pro filho, né? E a gente não pode né, fazer o que né. (sorriso nervoso). Eu já fiz todos os exames certo pra... ele nascer sadio né e mais tarde ele não se queixar que eu não fiz as coisas certas né. Assim se ele nascer com o problema eu vou ter que explicar pra ele: oh, eu fiz tudo certinho mas... **Dói muito não poder amamentar. Como dói.** Se eu podia voltar atrás no tempo eu voltaria. Se eu pudesse amamentar eu amamentaria porque o leite da... da mãe é outra coisa né, sustente melhor, a gente que dá né, a gente que sabe se o bebê tá com fome, essas coisas né... e já o leite assim eles dão qualquer hora, é quando eles querem né? É isso né. Agora eu acho que o certo é dar o leite pro neném com a mamadeira, né? Só que aqui no hospital eles não aceitam né, eles querem que eles mamem no copinho né? [Ino].*

Ah, pra mim é normal, só que assim... que tu fica triste porque é um sonho assim que tu tem na tua vida de amamentar e daí chega na hora assim... tu não poder... saber que tu tem aquele leite ali e

tu não poder dar. Daí tu tem que assim pegar, fazer... ir lá no banco de leite, pegar leite é uma coisa e outra, sempre tá pedindo né? Aí a criança às vezes chora, tu fica agoniada porque pô tu tem um leite no peito e não poder dar. Às vezes isso me deixa triste, mas vou fazer o que. Desanimo um pouquinho às vezes, mas tem que tocar a vida pra frente, não tem que ficar... deixar desanimar não... Tem que botar... erguer a cabeça e tocar a vida pra frente e dizer assim: não, eu tenho nada [Selene].

*O que significa pra mim não dar o peito? **Uma tristeza.** Não poder dar o peito. É uma alegria saber que o filho pode amamentar, né, tomar o leite, né? Saber... aquele conforto. Quando ele tá no peito ele ganha carinho da mãe, atenção da mãe... Que a mãe conversa quando dá o peito né? Chama de gulosinho, fica brincando, né? E saber que tu não podes fazer isso aí... Aí é triste, não é fácil isso aí. Mas depois isso aí passa. Tudo passa, né? Pra ter seu filho saudável, pra mais tarde ele mostrar pra... pra muita gente aí, oh, eu não peguei a doença, a minha mãe tinha, mas eu não peguei porque ela cuidou de mim. **Não dar o peito, é uma prova de amor porque eu gostaria de dar mas eu não vou dar porque eu sei que eu vou prejudicar o meu filho.** E jamais... se eu... eu sei que eu tive um risco de ter ele, já tô tendo um risco de ter ele e saber que eu vou botar ele mais ainda em risco dando o meu peito sabendo que ele tá contaminado e querer contaminar ele só pra poder dizer oh, eu também posso dar o meu peito. Mas eu tô errada, eu sei que eu não posso fazer isso. Se eu já tô... se ele já tendo cuidados pra não pegar o vírus e não, e eu querer dar o peito pra ele ficar com saúde sabendo que ele não vai ter saúde pelo contrário. Correndo risco de vida, né? Quando eu vejo na televisão propaganda da amamentação isso mexe comigo. E como mexe. Mexe assim, né que eu acho até bonito, né, tá lá a criança mamando... e a gente não poder dar, mexe ô... e como mexe [Leucothéa].*

*Não dar o peito pra minha filha pra mim é difícil. Tipo assim oh, **eu sonhava, sonhava** com isso. Eu vou ter outro neném, vou amamentar, eu não gastei um centavo com leite, meu neném, meu filho era lindo, forte, gordo. Olha, uma criança que nunca deu gripe, nada, de repente você... a realidade é outra o teu filho tu não vai poder amamentar. [...] Não poder dar o peito pro meu neném significa **que é triste. É muito triste**, eu vou resumir pra você assim oh: **é um vazio muito grande.** Eu sinto assim que ela vai ter uma carência a respeito disso, por mais que eu tente né? (começou a chorar) [Perséfone].*

7.6.3 Atribuindo significado à amamentação: retomando vivências anteriores

Diz respeito ao significado atribuído pelas mulheres/mães entrevistadas à amamentação, expresso corporeamente no momento presente e junto à sua comunidade, a partir da retomada de suas vivências anteriores.

Das 24 entrevistadas, 15 relataram vivência anterior com a amamentação, e a análise das descrições experienciais mostra que, em relação à duração da amamentação, esta variou de mulher/mãe para mulher/mãe, e, naquelas com mais de um filho, variou de um filho para outro. Esta duração foi bastante heterogênea, oscilando entre um e três dias, até três anos, variando de acordo com as características individuais e o contexto vivido por cada mulher/mãe.

As diferentes vivências revelam diferentes significados que podem ser identificados como enraizados em dois mundos: o da natureza e o da cultura. Entre as mulheres/mães que desmamaram precocemente, algumas atribuíram como razões para

interromper a amamentação os clássicos problemas de ordem física, ou seja, complicações mamárias decorrentes do processo de amamentar, tais como fissura mamilar, abscesso mamário, hipogalactia, hipergalactia, mastite, má-formação mamilar (*não tinha bico, bico pequeno*). Em relação aos de natureza social, a maior parte referiu o trabalho como principal motivo para o desmame.

Do total de mulheres/mães entrevistadas, apenas uma alegou como motivo para o desmame, uma condição relacionada ao lactente, ou seja, o filho recusou-se a pegar o peito. Portanto, a maior parte esteve associada às condições maternas. Para a maioria das mulheres/mães entrevistadas, a amamentação significou ser um processo prazeroso, tendo sido expresso corporeamente como algo maravilhoso, muito bom, uma maravilha, adorei amamentar, a amamentação foi bem, experiência muito boa, uma alegria e gostei de amamentar. Para outras, foi extremamente doloroso, sendo reconhecido nas expressões como: nunca me dei bem na amamentação e foi muito sofrimento. Embora nem todas tenham obtido sucesso na prática de amamentar, a maior parte reconhece sua importância para si e para o filho (vínculo afetivo, aspectos nutricionais, aspectos econômicos e é mais saudável) e recomendam às mulheres que estão possibilitadas de amamentar que amamentem. E sugerem que aquelas que não podem, devem ser conscientizadas desde cedo. Ao falarem de suas vivências anteriores, algumas entrevistadas se remeteram à situação atual de privação do ato de amamentar.

Mediante propagandas de incentivo à amamentação e de fotos de mulheres amamentando, revelaram sentimento de tristeza. Todas estas situações podem ser mais bem compreendidas nos extratos das descrições experienciais apresentadas a seguir.

1. ATE

*Eu amamentei três. Porque essa que tem o vírus eu acho que ela pegou através da amamentação, eu não sabia ainda. Eu sempre sabia que ia ser assim (não iria amamentar) e nunca me incomodei até mesmo porque eu **nunca me dei bem na amamentação. Foi muito sofrimento**, eu não tenho bico no seio, daí rachava. Dá pena por causa do neném né? Mas pra mim não incomoda, ficar sem amamentar. Por causa do neném porque **o leite da mãe tem vitaminas, né?** No meu caso é diferente porque já é veneno. É cheio de vírus, né. Eu acho que a mulher que pode amamentar ela deve amamentar, né? Não deve privar a criança. No meu caso já não deve amamentar. Nestes casos deve-se conscientizar desde o começo, né? Não adianta. Tem que aceitar e... tem que ser assim.*

2. CLOTO

*Na primeira eu amamentei porque eu não sabia. Eu amamentei muito pouco. **Eu amamentei dois meses só.** Foi muito pouco **porque eu tive um furúnculo no seio.** Saíram três furúnculos no seio*

quando eu ganhei ela. E daí eu tive que tomar antibiótico, e então eu intercalava uma mamada com a mamadeira daí às vezes tinha que dar mamadeira porque na hora ela não queria mamar que tinha tomado antibiótico, daí ela não quis mais pegar o peito. Mesmo parando de tomar e continuando, eu só querendo dar o peito, ela não... não quis, daí eu fui obrigada a deixar só na mamadeira, né?

3. DEMÉTER

As outras vezes eu amamentei pouquinho porque o meu leite secava logo, mas eu gostava, né, de amamentar no hospital. Agora você vê que quando ele chora, daí eu tenho que chamar a enfermeira pra dar no copinho. Aí me dá um negócio ruim assim... eu não poder dar o peito, assim... Eu vejo as outras mulheres amamentando e eu não poder dar o peito pra ele porque... por causa desse problema. E ele tomando o leite de outras mulheres no copinho, nossa é horrível! É muito ruim isso. Isso mexe comigo. E eu acredito assim que, nem que você amamente só no hospital, mas parece que **aquilo ali é um laço que tu tá fazendo pro teu filho, parece que é mais forte...** parece que se eu não amamentar é... parece que... é diferente, é diferente dos outros. É diferente assim porque **eu acho que a gente tá amamentando parece que tá fazendo um laço mais forte com teu filho, de amor** assim... um laço que ninguém arrebenta que... uma suposição, amanhã ou depois a avó dele falar: vamos morar com a avó? Eu acho que o vínculo dele vai ser tão forte comigo se ele for amamentado, que ele não vai. E parece que se eu não amamentar amanhã ou depois, não vai ser tão forte o vínculo. Um pouco assim... mais ou menos isso.

4. HERA

A amamentação dos outros filhos foi bem. Graças a Deus foi bem. Eu **parei porque eu sempre trabalhei**, né. Daí sempre parei. Eu amamentava até **os cinco meses, seis meses**, depois eu botava no leite. Que eu gosto de trabalhar, eu não gosto de ficar parada. Eu já trabalhava em salão de beleza. Sempre trabalhei em salão de beleza. Eu gosto de trabalhar em salão de beleza. Eu sou depiladora, sou manicure e fiz curso de cabeleireira. **Eu penso que a amamentação é bem importante. É muito triste a gente não poder a amamentar.** É bem triste. Eu não tinha passado por isso ainda mas... quer dizer, passei né, mas eu que interrompi, né, então era uma coisa que a minha cabeça já sabia o porque que eu tava fazendo aquilo, né. E... agora tem que suportar, né. Tem que secar o leite... tem que secar o leite... Ah, e a gente **não se sente bem não. Não é uma coisa boa. Eu me sinto vazia**, né, eu me sinto vazia, eu **me sinto mal**, ainda mais com o meu bebê lá embaixo (na UTI Neonatal). Além de não poder amamentar eu não posso tá com ele. Então fica difícil, né. Mas mesmo assim eu tô... trabalhando a minha cabeça pra poder... ficar bem. Eu sou uma pessoa pra frente, pra cima. Tem hora que eu... a gente cai um pouquinho, mas... É, e eu fumo né, também eu queria ver se eu arranjava um tratamento pra mim deixar de fumar. Eu ainda não busquei nenhuma ajuda pra parar de fumar. Eu tô aqui conversando contigo, e tô louca pra fumar. Mas não pode fumar aqui no quarto [sorrisos].

5. AIDOS

Porque o primeiro eu amamentei, né? Amamentei só **dois meses**. Mas aí eu era mãe solteira, morando de favor com os outros, né? Aí **tive que trabalhar cedo**, mas enquanto eu pude amamentar ele eu amamentei. **Eu adorei amamentar.** É muito bom. Ah, mas eu... fazer o que, né? Mas só saber que ela tá bem, que ela pode não pegar, né? Já tá ótimo.

6. HÉSTIA

Porque o meu primeiro, não mamou porque eu fiquei com o **bico pendurado** e não tinha condições. Aí... eu... eu tinha uma vizinha que tinha ganhado neném no mesmo tempo que eu, né? Aí ela pegou e disse: o Hestia, porque tu não amamenta? Aí eu disse: ah, porque **eu não tenho leite**. Eu dizia que não tinha leite, né porque... Aí ela dizia: ah, que não tem leite o quê. Aí ela pegou o meu menino e colocou no peito dela. Eu cheguei na hora e tirei. Eu não gostei. Fiquei com ciúme porque eu não pude dar, né? Aí ela começou a rir. Aí... aí depois eu fiquei até com peso na consciência de eu ter leite, mas porque **os meus bicos rachou**, do meu peito, e só saía sangue, aí dói. Daí a minha sogra: ah, passa de uma vez pro leite e pronto, deixar a criança sofrer e tu sofrendo. Aí eu fiquei com medo e peso na consciência, porque também a minha vizinha dava, eu via ela dar e ela até chegou a dar... botou o peito na boca do menino, né? E eu também dizia que **ele não tinha força**. Aí ela dizia: que

não tem força o que, me dá ele aqui. Daí a hora que ela foi botar, eu tirei... eu quebrava a cara dela se ela desse o peito pro meu filho... Daí esse, eu não dei por causa desse meu problema. Daí, no meu segundo filho, eu fiquei... eu fiquei... abriu a bacia na hora do parto, aí eu não pude dar o peito pra ele porque **eu tinha que ficar numa posição...** dois meses numa posição. E ele era pequeno e os meus peitos enchiam, ele não tinha força e ele foi direto pro leite de... Nestogeno? Foi direto pra esses leites, assim, né? E a minha menina também só mamou quinze dias, que também deu problema de leite, e ela só vivia chorando, sempre chorando, aí eu passei logo pra maizena e pro leite ninho. E esse de quatro anos, foi o que mamou mais desde o começo, porque não deu problema nenhum, mamou até dois anos e pouco... E essa que eu não tô podendo dar agora por causa desse problema, né? **Eu achei legal ele mamar em mim.**

7. ÁTROPOS

Foi bom amamentar. Bom pra mim e bom pro neném. Porque pra mãe também é ótimo amamentar, né? E... só que eu sempre tive problema mesmo, realmente com a amamentação que eu nunca consegui passar mais do que seis meses amamentando um bebê, né? O meu filho, o menino, é o único que mamou mais tempo. Foi o primeiro, né? Então ele... ele... o meu seio é uma coisa assim, **ele tem leite, leite, leite, leite.** Ele não... não vence. Você coloca um sutiã, ele pinga, você tem sempre que estar colocando um protetor ali, entendeu? E três meses depois ele dá uma febre. Aquela febre horrível, né? Então eu fico totalmente decaída, e começa os caroços, em todo o seio, todo. Ali o leite já começa. E eu... eu não ligava nisso, né? E continuava dando pro menino. Cada vez que ele mamava, ele vomitava. Ele vomitava, vomitava, vomitava. Só sossegava quando eu dava mamazinho de mamadeira. Daí que eu comecei a ver que realmente **o leite era prejudicial.** Aí eu parava. Não demorava mais um tempinho, ali uns dois meses, ali... secava o leite. Dali, eu não tinha mais nada. **Eu achava importante amamentar** porque em primeiro lugar eu acho que **a melhor alimentação pra criança é o leite materno no momento,** né? Não... não... tem aquele negócio que você pode dar uma aguinha, um suquinho, mas o complemento mesmo alimentar é o leite, né? Não vejo porque, eu sei que o leite em pó também é bom, e tudo, mas se Deus fez a mulher com dois seios, pra poder amamentar, então é porque algum significado tem, né?

8. NIKE

Antes de eu saber que era soropositiva, eu já não consegui amamentar porque **o bico do peito...** eu até tentei dar né, mas ele era muito pequenininho e ela não pegava. Eu até experimentei dar mas ela não pegou. Aí eu já dei farinha de mingau pra ela. Não consegui porque o biquinho era bem pequeno e ela não pegava direito, aí ela soltava da boca pra fora e daí eu fui e dei mamadeira pra ela. Eu nunca amamentei, mas assim... quando eu vejo na televisão **dá uma vontade muuuuito grande.** É assim... é um prazer né, deve ser, né, o filho... eu acho **tão lindo, tão lindo uma mãe com o filho no peito amamentando.** Isso aí mexe comigo. Chega a me dar até uma revolta assim, às vezes né? Só por essa desgraça do vício, né?

9. IRINA

Eu já amamentei, mas agora... **Eu gostei de amamentar.** Eu amamentei a minha menina uns **seis meses, esse aqui não.** Aí a de doze ela mamou até três anos, a de doze, tá entendendo? O que tem 15, mamou só **um mês porque** não quis, aí secou né? E essa mamou até seis meses, essa que tem três anos hoje. **Eu gostava de amamentar,** né? Eu acho um... cruzei muito mais melhor de que... de que a mamadeira, de que né? A criança se... a gente dá mamar, daqui pouco tá dormindo, daqui a pouco chora, já quer o peito, a gente sente né? **É uma coisa que a gente sente no próprio corpo da gente quando a criança quer... quer se alimentar e assim... assim não.** Às vezes chora, a gente não sabe se é fome, não sabe se é uma dor que a criança tá, né? Então... **eu acho importante amamentar.** Eu fiquei até triste assim em saber que eu não ia amamentar. Se fosse por mim mesmo, a minha fé é tão grande em Deus que eu amamentava, tá entendendo? Mas o médico me chamou e disse: oh, é assim, assim, assim, assim e se tu me obedecer essa criança vai nascer bem. Ele me chamou e falou pra mim. Porque se fosse por mim... tá entendendo, tu sendo sincera contigo, se fosse por mim, eu tenho tanta fé em Deus assim que eu amamentaria, como eu amamentei aquela durante seis meses e não deu nada, tá entendendo? Mas como o médico me chamou e me avisou pra mim, daí eu vou obedecer ele. **Quando eu vejo propaganda com mulher amamentando eu fico triste por não poder... não poder amamentar os meus né, assim,** né? Até quando eu fui ganhar ele tinha um papel... tinha umas fotos assim de umas mulher amamentando, eu olhava pra aquilo ali né,

(sorriso nervoso). *Aí eu ficava: ai meu Deus, vai nascer e agora eu não vou poder amamentar (sorrisos). Aí eu ficava com aquilo ali, com aquela tristeza por dentro né? Mas depois a gente também tem que levar pro outro lado né, que a gente não... não pode, né? Porque a gente é adulta, a gente resiste o sofrimento, mas uma criança sabe resistir o quê? Né, então tudo isso e eu penso nisso aí, né?*

10. ÁRTEMIS

Eu amamentei as duas. A mais velha eu amamentei até quatro meses porque eu voltei a trabalhar, né? E a pequena eu não trabalhava, então eu amamentei até dois anos. A experiência foi muito boa. Muito boa. A gente sente isso quando a gente não pode amamentar (diminuiu o tom da voz). A gente não pode amamentar como agora, eu vejo a... a minha acompanhante lá de quarto amamentando assim, me dá... mas... né, até ela me perguntou o que que era, porque que eu não podia amamentar né? Não, daí eu falei pra: não, ela contraiu o virusinho do... da hepatite. Né, porque na verdade não pode. Não pode amamentar. E não... foi verdade até, não é uma coisa mentirosa, porque o médico disse que eu tava com um pouquinho do vírus da hepatite C. Quando eu vejo assim propaganda da amamentação me dá uma tristeza... dá uma tristeza pra caramba, porque é uma coisa assim... que a gente pensa assim: ah, amamentar, eu vou chegar em casa vou dar uma mamadeira e deu. Mas é diferente... é super diferente... super, super. Eu tive a minha pequena que mamou até dois anos, olha... é uma coisa que... agora a gente não dá mesmo porque não se tem opção... que não dá mesmo. Não pode. Se eu já cuidei da gravidez inteira pra ela não nascer com o vírus, como é que eu vou dar de mamar agora? Né, aí é doído. Que tu saber que um dia tu vai partir e vai deixar... um filho com... com o vírus... por aí. Eu penso nesse sentido também, né? Quer dizer, a gente... eu me cuido, que o meu modo de pensar é assim, eu vou me cuidar o máximo. Tomar remédio... procurar médico, tomar remédio, se tiver que tomar injeção vou tomar injeção, se tiver que... comer m..., ou uma coisa horrível pra... porque tem que... cuidar, eu como... pra não... deixar pra eles, entende? Eu pretendo viver bastante, até elas tiver... (sorrisos). Eu, o meu modo de pensar é esse, delas tarem casada, todas casada, tá bem casada... Eu posso ir? Então me leva. Eu penso assim... A minha irmã até às vezes me dá uns soco assim... Eu sei que muita coisa mudou, eu até escuto, quando eu vejo reportagem... ah, tão... lá em tal lugar estão inventando uma vacina, um remédio pra acabar com o vírus do HIV. Eu fico atenta, ali.

11. AGLAIA

Os meus primeiros filhos, eu amamentei. Amamentei, um... o primeiro, foi até os 4 meses, o outro foi até os seis meses, e a menina também foi até os cinco meses, ela foi a última. Assim eu digo pra ti, que... a gente tinha que trabalhar, tudo e tomava muito tempo da gente, mas só pelo fato da gente tá ali, tá dando o leite sabendo que vai ficar saudável, aquilo ali já deixava a gente já mais contente, entendesse? Já... também, e por outro lado também, as condições financeiras, que não tinha às vezes dinheiro pra comprar o leite. Tava aqui. Minha filha de fome não ficava, já puxava, já dava o leite, entendesse Vanda? Já dava o leite, já ficava... um relóginho também, que nem essa, de três em três horas, mamando direitinho... Ah, eu se eu pudesse amamentar, eu ia amamentar bastante, Vanda, isso eu digo pra ti, eu ia amamentar bastante, mas se eu não posso eu vou fazer o quê? Não vou prejudicar o meu bebê.

12. LEUCOTHÉA

A minha outra filha eu amamentei, mas eu não sabia que eu tinha. Eu não sabia que eu tinha. Eu amamentei ela até com 8 meses. Só... só o peito. Na outra gravidez ninguém pediu o exame no pré-natal. Eu achei muito bom amamentar. Era uma alegria pra mim. Era uma alegria mesmo. E senti quando eu interrompi de dar o peito pra ela. Eu cheguei a chorar e tudo. Foi difícil pra mim aceitar isso aí, porque... sabe, é uma alegria a gente saber que ele tá... tá mamando no seu peito né? Saber daquele conforto dele ali, né ah, e... de repente saber que tu não podes dar mais isso. Aí foi difícil. Foi, quanto isso aí pra mim foi. Às vezes até eu não gosto de falar assim pras pessoas porque que eu não posso dar o peito. Às vezes ficam perguntando. Mas por quê? Aí eu fico dizendo uma desculpa. Porque eles não vão entender. Por mais que a gente fale, eles não vão entender. Eu falo porque dá calor de fígado do... corte no peito, né, e que eu tenho um leite muito fraco. A minha desculpa é só essa, né? Eles aceitam, eles entendem daí.

13. TÊMIS

*Em relação à amamentação, antes mesmo de eu ficar grávida quando eu descobri que era HIV positivo eu... procurei ler tudo a respeito né, e eu já... eu já tinha a noção de que se eu ficasse grávida por acaso, porventura eu não... eu não poderia amamentar, que era um risco muito grande até... quando eu fiquei sabendo, nós ficamos muito preocupados com a minha outra filha porque **eu amamentei ela, um ano...** Ela fez os testes, tudo... Daí, ainda bem que deu negativo o dela. **Mesmo assim eu amamentei ela um ano.** Provavelmente... a gente não... não sabe se eu já tinha o vírus ou não porque... Ela negatizou.*

14. PERSÉFONE

O meu menino mamou até três anos. Só mamou. Foi uma experiência maravilhosa. Ah, era tudo que eu queria (começou a chorar). Ai meu Deus... Eu amamentava, eu queria, né, eu amava fazer aquilo ali. Se eu soubesse que eu tava doente, nunca eu ia fazer.

15. MÉTIS

*Quando eu ganhei a primeira filha, antes de eu ir pra mesa de parto, corria um monte de leite, aí a minha mãe ainda dizia: tu vai dar bastante leite. **Eu amamentei ela.** Ela eu **amamentei dois meses porque daí eu comecei a trabalhar**, que eu peguei licença antes né, que eu trabalhava na fábrica, aí eu comecei a trabalhar, daí eu tinha que tá levando ela lá na fábrica daí... eles dão um lugarzinho lá na fábrica pra gente amamentar né, mas da... eu só amamentei 2 meses, porque daí ela começava a chorar, a mãe dizia que ela tava com fome, aí elas deram mamadeira, ela dormiu o dia todo. Aí de noite ela tava boazinha e pronto. Aí... **E eu não tinha muito leite também não. E agora eu tava com intenção de amamentar** e (começou a chorar). Foi uma **experiência muito boa** porque a gente via assim que ela vinha assim... ficava bem gordinha, **com saúde.** Assim, ela **tinha bastante saúde.***

Quadro VII – Quadro síntese das unidades de significados referentes à privação do ato de amamentar.

Expressando sentimentos face à privação do ato de amamentar
<ul style="list-style-type: none"> • De dor • De tristeza • De culpa • De impotência • De necessidade • De indignação • De dúvidas • De inferioridade • De inveja • De frustração • De medo do preconceito • De falta de amamentar • De perda • De arrependimento • De dúvida • De agonia • De desânimo
Reconhecendo a importância e vantagens da amamentação
<ul style="list-style-type: none"> • As vantagens econômicas nutricionais do leite materno. • As vantagens econômicas nutricionais e de proteção do leite materno. • O peito como a coisa mais importante para a criança, o peito como sendo do filho. • O peito como um pedaço da mãe que a criança precisa sempre. • Que a criança que é amamentada no peito direto com a mãe é mais calma e mais amadinha. • O valor do leite humano mas admitindo a qualidade de outro igualmente. • Que é triste não amamentar.

<ul style="list-style-type: none"> • As vantagens práticas, higiênicas e nutricionais da amamentação. • Como suporte emocional para si própria.
<p>Reconhecendo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que nunca se deu bem com a amamentação. • Que não foi prazeroso amamentar. • Que tem dificuldade de produzir leite. • Que se pudesse amamentar, amamentava. • Que é importante amamentar, mas optando pela privação do ato de amamentar, tendo em vista o risco de transmissão do HIV. • A necessidade da privação do ato de amamentar e de inibir a amamentação para não prejudicar o filho. • O risco de transmissão do HIV através da amamentação, por isso optando por não amamentar. • Que para quem já amamentou não é triste. • Que a mamadeira não tem valor. • Que se soubesse de sua condição de portadora do HIV não teria engravidado, mas se não tivesse engravidado não estaria sabendo que é HIV+. • Que existem muitas mães que não gostam de amamentar. • Que é importante ser tratada como as outras mulheres. • Reconhecendo o valor do leite materno e da amamentação. • Que a criança que é amamentada no peito da mãe se sente mais protegida. • Que a criança que não mama no peito fica mais rebelde. • Que a filha vai ter uma carência por não poder mamar, por mais que tente compensar.
<p>Percebendo a privação do ato de amamentar como</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um sonho para aquelas que nunca amamentaram. • Sendo às vezes incômodo para aquelas mulheres que já amamentaram. • Não sendo triste para quem já amamentou. • Sendo um grande descuido. • Sendo algo que não poderá fazer mais. • Não causando muito choque. • Sendo algo bem diferente e difícil de aceitar. • Um pedaço de si que está indo com ele. • Tirando um pedaço de si. • Sendo algo muito ruim. • Uma prova de amor. • Uma forma de proteção ao filho. • Algo difícil. • Um vazio muito grande. • Tendo um significado diferente. • Tirando o filho do coração, tirando um pedaço do coração. • Como uma castração.
<p>Percebendo o peito/amamentação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tanto como um pedaço da mãe quanto do filho. • A falta de material educativo referente à situação da privação do ato de amamentar vivenciada pela mulher com HIV. • Como uma coisa limpa. • Como uma forma de construir apego. • Como um processo prazeroso que proporciona alegria. • Como uma forma de dar carinho e atenção. • Percebendo. • Que o bebê sente falta do peito. • Que o bebê quer sugar o peito e não podendo dar. • Que a falta de habilidade dos profissionais. • Que ficar pensando na privação de amamentar judia da pessoa. • Que se sente mal em estar privada de amamentar. • Outras mães amamentando.

7.6.4 Percebendo o leite secretado pelo seu corpo: *meu leite é normal, mas ele não é normal...*

Revela a ambivalência vivida e expressa⁴⁷ corporeamente pelo ser-mulher/mãe HIV positiva, diante da qualidade da secreção láctea produzida pelas glândulas mamárias em seu corpo, a partir do nascimento do bebê, através de mecanismos neuroendócrinos altamente complexos decorrentes do processo de lactação inerente ao ciclo reprodutivo. De um lado a percepção do leite como sendo *normal*, com suas propriedades nutricionais, bioquímicas e imunológicas preservadas, sendo percebido como um leite forte, saudável, igual *o das outras*, e, de outro, adquirindo características que o transformam e desqualificam severamente, sendo percebido, no mesmo tempo que normal, como um leite impuro, mortal, contaminado, envenenado, impotente, prejudicial, causador de doença, que transmite o vírus, que pode contaminar o bebê, sem valor nenhum, um leite perdido, prejudicial, não sendo saudável, não valendo nada, um desperdício, desnecessário, que *não presta pra nada, uma porcaria* (ver Quadro VIII). No cerne desta contradição, a presença de um elemento estranho, letal e altamente ameaçador, o HIV, demarcando nitidamente sua presença como um elemento, embora à parte, avassalador, mas que ainda assim, não consegue desconstruir o valor biológico do leite humano atribuído pelas mulheres/mães e exaustivamente evidenciado pela literatura científica nos últimos anos.

A vivência desta situação é expressa por Eufrosina do seguinte modo:

Eu acho que a gente tem que sentir pra gente saber como é, mas como tu não vai poder sentir, como é que eu vou passar pra ti isso em palavras... É difícil passar em palavras. Eu acho que ele é um leite como outro, só que ele está contaminado. Não que seja impuro, só que está contaminado. É essa sensação de impotência... de impotência. Eu não posso fazer nada. Não posso mandar ele parar de fabricar, não posso tirar porque senão vem mais ainda, né? Influencia a vir mais, e também não posso dar pra ele, ou seja, deve ser jogado fora uma coisa tão boa e tão importante. É horrível. É uma sensação horrível. Tem que sentir na pele pra saber, eu acho que só quem passa por isso é que sabe o que a gente sente [Eufrosina].

Este depoimento de Eufrosina pode ser tomado como mais um bom exemplo daquilo que Merleau-Ponty (1999) designou de situação vivida e apresentada.

⁴⁷ Expressar, para o sujeito falante, é tomar consciência: ele não expressa somente para os outros, expressa para saber ele mesmo o que visa (MERLEAU PONTY, 1991, p. 96).

Alguns dos atributos ao leite expressos pelo ser-mulher/mãe, como por exemplo o termo *leite envenenado*, têm sido objeto de alguns estudos, sendo mais recentemente evidenciados na literatura. Neste particular, cito, à guisa de exemplo, o estudo publicado por Fine⁴⁸ (2003), onde empreende uma análise etnológica do saber e das práticas relativas ao corpo lactente e da mãe nos séculos XIX e XX no Sul da França. Neste estudo, a autora apresenta vários exemplos acerca da experiência vivenciada pelas mães, cujos relatos de envenenamento pelo leite materno, entre outros, pertencem a uma sabedoria compartilhada não só pelas mulheres mas também pelos médicos. Nestes relatos, várias situações são apresentadas, mas nenhuma delas refere-se à situação vivenciada pela mulher/mãe HIV positiva, o que é perfeitamente compreensível, porque quando o estudo foi realizado, o HIV e a AIDS ainda não haviam se manifestado em nosso planeta. Uma está associada a mulheres consideradas muito sensíveis que, quando acometidas por um grande desgosto, pode provocar alteração no seu leite, transformando-o em veneno. Outra, refere-se a uma mãe que acreditava ter envenenado a filha ao amamentá-la numa ocasião em que estava grávida. E ainda existem aquelas situações em que a mulher em estado de pânico ou por apresentar o leite muito quente pode transformá-lo em uma substância mortal. A autora chama ainda a atenção para o fato de que tal sabedoria é atestada em quase toda a França, tanto na área urbana quanto na rural, em pesquisa realizada na década de trinta do século passado.

Quadro VIII – Percebendo o leite secretado pelo seu corpo: *o meu leite é normal, mas ele não é normal.*

Unidades de significado reduzidas	Convergências temáticas
Como normal, mas ao mesmo tempo não sendo normal.	[Hebe, Eufrosina, Ate, Irina, Ino, Métis, Selene, Héstia]
<ul style="list-style-type: none"> • Como sendo normal, mas como se tivesse envenenado. • Como sendo normal, mas pode contaminar o bebê. • Como sendo normal, mas tem contaminação. • Como sendo normal, mas que transmite o vírus, 	[Irina e Ate] [Ino] [Métis] [Selene]
Como sendo igual o das outras só que está contaminado.	[Eufrosina, Héstia]
Como anormal.	[Agléia e Perséfone]
Como anormal porque é impuro.	[Hebe]
Como não sendo bom por causa da doença.	[Hybris, Hera]
Como não sendo impuro, só contaminado.	[Eufrosina]
Como sendo impuro/contaminado.	[Hebe, Deméter, Nike, Aidos, Agléia]
Como não sendo saudável.	[Aglaiia]
Como sendo saudável, mas totalmente saudável não.	[Selene]
Como sendo saudável, mas por causa do vírus não pode	[Aglaiia]

⁴⁸ Ver Fine, Agnès. Leite envenenado, sangue perturbado. Saber médico e sabedoria popular sobre humores femininos (séculos XIX e XX). In: Matos M. I.; Soihet, R. O corpo feminino em debate. São Paulo: Ed. UNESP, Cap. IV, p. 57-78, 2003.

amamentar.	
Como não representando nada.	[Deméter]
Como não tendo impureza.	[Deméter]
Como não tendo valor algum.	[Aidos]
Como algo bom que está se estragando, não está sendo usado.	[Eufrosina]
Como sendo bastante impotente.	[Aidos]
Como sendo bem desnecessário.	[Aidos]
Como se fosse uma água.	[Aidos]
Como sendo normal.	[Irina]
Como sendo normal e achando anormal não amamentar	[Irina]
Como sendo forte, apesar de contaminado.	[Hera]
Como sendo forte, um leite forte.	[Hera]
Como sendo mortal.	[Irina]
Como um leite que só vai contaminar.	[Aglaia]
Como um leite que não vai ajudar.	[Aglaia]
Como um leite perdido.	[Aglaia]
Como um leite que não presta para nada.	[Ate, Aglaia, Ino, Átropos, Perséfone e Ártemis]
<ul style="list-style-type: none"> • Como sendo uma coisa inútil, desnecessária. • Como um leite que não presta mais. • Como um leite sem valor algum. • Como não valendo nada. • Como sendo um desperdício. 	[Ate] [Aglaia] [Ino] [Átropos e Ártemis]
Como sendo um desperdício, mas é uma coisa para o bem.	[Ártemis]
Como um leite prejudicial.	[Aglaia]
Como sendo uma porcaria.	[Átropos]

7.6.5 E quando mentir é preciso: o meu leite não desceu, eu não tenho leite...

Revela o drama social vivido pelas mulheres/mães entrevistadas privadas do ato de amamentar por serem HIV positivas. Temendo o estigma e a discriminação social, fazem movimentos no sentido de camuflar seu *status* sorológico. Com exceção de duas mulheres/mães entrevistadas, ou seja, Irina, que refere não ter pensado ainda sobre qual a alegação que dará quando questionada, e Leucothea que, simplesmente alega que não pode dar porque seu médico disse que não era bom; as demais, em número de 22, utilizam alegações factícias para justificar a sua privação ao ato de amamentar. Entre as diversas alegações que vieram à luz, prevalecem aquelas relacionadas com a baixa e a não-produção do leite, ou seja, *meu leite não desceu, eu não tenho leite*. Além destas que se mostraram presentes na fala de seis das 24 mulheres entrevistadas (Eufrosina, Ananke, Hybris, Têmis, Selene e Perséfone), aparecem outras de modo heterogêneo, cuja análise fenomenológica permitiu-me identificar como relacionadas e subdivididas em dois grupos, a saber: um primeiro em que as alegações estão relacionadas às condições maternas, e, um segundo, em que estão relacionadas às condições infantis, ou seja, à criança (ver Quadro IX).

Quadro IX – Alegações expressas pelas mulheres/mães face à privação do ato de amamentar, período de julho a novembro 2003, Florianópolis, SC.

Nº	NOME DA DEUSA	ALEGAÇÃO EXPRESSA
01	HEBE	Tenho o vírus da hepatite C.
02	EUFROSINA	O leite não está descendo.
03	ATE	Tomando remédio que não podia amamentar.
04	CLOTO	Uso de antibiótico – infecção do líquido amniótico.
05	DEMÉTER	Leite empedrou e dificuldade para ter leite.
06	HERA	Porque o bebê estava na estufa.
07	AIDOS	Não tenho vitamina no peito/não tenho leite.
08	HÉSTIA	A filha tem alergia.
09	ATENA	Mastite (da outra vez), uso de antibiótico agora.
10	ANANKE	Não está preparada, não tem bico no seio.
11	ÁTROPOS	Porque vou trabalhar fora.
12	NIKE	Por eu trabalha fora.
13	IRINA	Ainda não pensou.
14	AGLÉIA	Por causa do sangue (O ⁺).
15	HYBRIS	Não tenho leite/doendo muito/o leite não saiu.
16	ÁRTEMIS	Contraíu um viruzinho – vírus da hepatite C.
17	AGLAIA	Porque não posso/tenho diabetes, estou tomando antibiótico.
18	LEUCOTHÉA	Não posso dar.
19	AFRODITE	Tenho diabetes.
20	TÊMIS	Eu não tenho leite/meu leite secou.
21	INO	Tenho o bico pra dentro.
22	SELENE	Eu não tenho leite.
23	PERSÉFONE	Eu não tive leite.
24	MÉTIS	Tomei um medicamento pra pressão.

No que se refere às demais alegações relacionadas às condições maternas, Afrodite e Aglaia referem a diabetes:

*Não poder amamentar principalmente também... um monte de amiga amamenta, essas coisas... e daí ficam perguntando: ah, por que tu não amamenta? Eu tenho que tá inventando. Eu digo que **tenho diabetes** e... agora ainda bem que eles inventaram isso aí de secar o leite porque daí não precisa usar a faixa, né? [Afrodite].*

*Eu gostaria muito de ter amamentado, mas não deu. Então o negócio é que aí eu tô ali, tô dando de seringa, elas ficam olhando, né? Ah, pô tás dando de seringa? Por quê? Por que não tás amamentando? Aí eu disse: **não, porque eu não posso amamentar**. É só o que eu digo. Aí teve até uma que... a faxineira ali disse assim: **tens diabetes**? Eu digo: **é eu tenho diabetes**. Porque eu acho que o problema é **meu**, e não convém eu tá falando pra **Deus** e o mundo que eu sou portadora do HIV e que eu não vou amamentar a minha filha porque eu tenho AIDS, tenho o vírus, né? Então é o que eu digo, e tô ali firme e forte, olha quem quer olhar, fale quem quer olhar, eu sei que eu tenho que fazer a minha parte. É chato né, Vanda. A paciente do lado me perguntou. É uma coisa assim... que a gente fica constrangida. A gente fica meia... sabe assim sem falar... É porque de repente se falar, ela já vai dizer: ai, mas... tem o vírus do HIV, tô aqui do lado dela, capaz de eu pegar alguma coisa e o meu bebê também. Então, entendesse? E a gente sabe que não é por aí. Que não é assim, mas tem gente ignorante. Tem gente que discrimina e não entende esse lado.*

Então o que que eu faço? Eu não posso e deu. Tenho problema, ela tá tomando antibiótico, que eles vão com a seringinha de remédio pra dar pra ela. Ah, ela tá tomando... Eu digo: não, ela tomando mas é antibiótico. Não me pergunte também pra que. Que eu digo: não, é pra diabetes. É o que eu tenho que dizer. Eu não tenho que dar satisfação da minha vida, Vanda. Eu... aceitei falar contigo porque eu te achei uma pessoa maravilhosa, te adorei, muito querida, por isso é que eu gostei de conversar contigo. Que bom, se eu puder ajudar, eu fico muito feliz e eu vou te telefonar [Aglaiá].

Importante salientar que a diabetes não é contra-indica à amamentação e, segundo Lawrence, 1996, as mães diabéticas devem desfrutar das mesmas oportunidades que qualquer outra mãe para oferecer o peito.

Outra alegação utilizada, e que está relacionada às condições maternas é a hepatite C, que é referida por Hebe e Ártemis:

As outras mães que estão internadas na unidade mexem comigo porque elas ficam perguntando ah, porque tu não vai amamentar? Eu sempre tenho que tá dizendo uma desculpa porque eu sei que a maioria são tudo preconceituosa. Sempre perguntam: por que tu não dá o peito em vez de tá dando leite do banco? Aí eu digo, ah é porque o neném não estimulou o leite do peito. Mas ainda não estimulou??? Já tá no terceiro dia!!! Eu sempre tenho que dar uma desculpa, que é o vírus da hepatite C, que é isso e que é aquilo... Eu me sinto mal no meio delas [Hebe].

*A gente não pode amamentar como agora, eu vejo a... a minha acompanhante lá de quarto amamentando assim, me dá... mas... né, até ela me perguntou o que que era, porque que eu não podia amamentar, né? Não, daí eu falei pra: não, **ela contraiu o virusinho do... da hepatite**. Né, porque na verdade não pode. Não pode amamentar. E não... foi verdade até, não é uma coisa mentirosa, porque o médico disse que eu tava com um **pouquinho** do vírus da hepatite C [Ártemis].*

Em relação à hepatite C, estudos recentes mencionados por Lawrence (1996) mostram que a mesma não é transmitida pelo leite materno.

O uso de medicamentos também foi uma das alegações apresentadas para a privação da amamentação, sendo utilizada por Ate (que impede a amamentação), Atena (mastite na gestação anterior e uso de antibiótico na atual), por Cloto (uso de antibiótico por infecção do líquido amniótico) e Métis (uso de medicamento anti-hipertensivo), conforme pode ser constatado nas suas falas:

*A hora que eu cheguei no quarto, uma moça que tava ali, uma paciente me perguntou porque eu não tava amamentando. **Eu disse que eu tomava remédio**, que eu não podia amamentar. Aí é só não entrar em detalhes, né? Eu não me incomodo com isso, eu não me incomodo nem um pouquinho. É só a gente não dar muito papo, não entrar em detalhes, tá bom. A gente não é obrigada a estar dando satisfação pra ninguém [Ate].*

Então, tanto na outra gravidez como nessa, a gente... cada plantão que passa, a gente avisa, pede pra não contar... Aí inventou uma desculpa com a médica, do porque que não pode amamentar. Da outra vez a desculpa foi que eu tive mastite,

*daí o leite empedrou e tava muito machucado e não deu pra amamentar. A própria médica não quis insistir. E dessa vez, a gente falou que... por acaso o bebê virou na hora do parto, daí foi preciso fazer cesárea, que ela achava que até o dia da data provável mesmo do parto ele não ia encaixar de novo, né, e que foi até bom porque ela acabou vendo que eu tava com uma infecção. Aí como **eu tive que tomar muiiito antibiótico**, então ela achou que não ia fazer bem pro bebê, né? [Atena].*

*Eu perguntei pra médica o que é que eu poderia dizer pras pessoas que vierem me perguntar ou que vem me visitar, porque eu não estou amamentando. Aí eu já combinei com ela se alguém me perguntar porque eu não estou amamentando (sorrisos), eu perguntei pra ela, daí ela disse pra eu dizer que eu tive uma infecção no líquido amniótico, então **eu tô tomando antibiótico forte** e aí ela não pode... é isso que eu digo. Ninguém me pergunta mais sobre isso, daí se eu disser ah, é porque eu tive hepatite C, ah, mas quando, não sei o que, não sei o que... Essas coisas assim, daí ela... Existe uma pressão social que fica te perguntando. Até no fazer o enxoval: ah, tás comprando mamadeira? pra quê? Não sei o que, vai dar o leite, vai dar mamar. Aí eu disse assim: não, mas a gente nunca sabe, né? Daí... eu tenho uma cunhada que me pressiona: vai dar mamar, vai dar mamar... ela não sabe, né? Aí eu dizia: não, eu vou dar, vou me esforçar o máximo e levava... né? Ela já me perguntou hoje se eu... Aí eu disse: não, eu não posso por causa que a médica disse porque eu tomei antibiótico e não posso amamentar. É porque é como a minha mãe diz, muitas pessoas aceitam, mas muitas pessoas não aceitam, né? Então... deixa assim, porque tem gente que não sabe, mas tendo cuidado tudo, ninguém vai... [Cloto].*

*Na unidade, a única coisa que me incomoda é que as pessoas ficam perguntando porque o teu neném não tá ali embaixo, porque eu não tô amamentando, né. Aí eu digo **que tomei um medicamento pra pressão no parto que se eu der de mamar para ela vai prejudicar ela**. Quem me perguntou foi a outra paciente. Quando eu vejo outras mães amamentando... isso dói muito (chora). Eu penso assim né, que eu também podia tá amamentando ela, né, porque ela tá precisando (choro seguido de instantes de silêncio) [Métis].*

Entre as diferentes alegações utilizadas, aparece ainda a apresentada por Aidos como sendo atribuída à falta de vitamina no peito e de leite:

*É triste porque vem uma visita e fica perguntando: **ah, porque tu não tá amamentando, por quê?** Né, e a gente não sabe o que dizer, aí eu não, **eu já tava dizendo não tenho vitamina no peito**. Que eu já não me alimentava direito, né, porque eu fiquei muito deprimida tudo no começo... Aí eu não me alimentava, não... eu só comia besteira assim, miojo, essas coisas assim, né? Aí não me alimentava. Depois meu marido ficou em casa e ele foi fazer comida, pão, broa essas coisas assim aí eu fui me alimentando mais direitinho. Aí eu já... preparava a minha mãe: ah, eu acho que não vou poder amamentar porque eu não tenho... eu não como direito, eu não me alimento e não tenho vitamina no leite. Já fui falando assim pra ela, né? **Que eu não tinha leite, já fui falando assim**. Ela não falou nada, ela ficou quieta, né? Aí ela só foi dizendo: come né, come um feijão, uma coisa que tem ferro, tem bastante proteína. Ela só falava assim, mas que eu saiba ela nunca desconfiou, né? [Aidos].*

A alegação de que o leite empedrou, combinada com a dificuldade para ter leite, mencionada por Deméter, mostra uma contradição importante, pois de um lado a mesma diz que o *leite empedrou*, linguagem empírica popular que corresponde ao ingurgitamento mamário, ou seja, situação em que a mama se apresenta com muito

leite, e, por outro refere, ao mesmo tempo em que tem dificuldade para ter leite, sendo que nenhuma das duas alegações apresentadas, e muito menos as duas combinadas, constituem-se em indicações para inibir a lactação:

*Depois eu fui pra unidade e foi tudo bem também graças a Deus. Só uma outra paciente que tava ali de manhã a hora que eu cheguei mas já foi embora,, que perguntou porque eu não tava amamentando, **daí eu falei que não tinha leite**. Aí ela me perguntou porque eu não tava amamentando, porque logo que eu cheguei a enfermeira veio dar leite no copinho pro neném aí eu falei pra ela não é que **meu leite empedrou e eu tenho muita dificuldade pra ter leite**, daí o neném fica passando fome, daí elas dão no copinho. Daí ela ficou quieta, numa boa. Outras pacientes ainda não me perguntaram. Quanto à minha mãe, ela já sabe que eu não gosto de amamentar. Quando eu tive o meu primeiro filho ela me perguntou porque é que eu não estava amamentando, aí eu disse pra ela que não gostava. Então ela sabe desde o primeiro filho que eu não gosto de amamentar. Por isso agora no terceiro filho eu já não tive problema pra esconder nada dela. Ela só perguntou do primeiro, depois ela não falou mais. O meu marido e a minha sogra também. A minha sogra até me xingava dos meus outros nenéns porque eu não amamentava. Daí eu dizia pra ela que o meu peito ia cair, daí ela também já sabe [Deméter].*

A falta de preparo da mama/não tem bico no seio e o *bico virado*, apresentadas por Átropos e Ino, respectivamente, também não se constituem em motivo para a inibição da lactação:

*Agora com relação as outras mães na unidade, olha pra mim foi bem difícil, né, porque a menina do lado no que eu cheguei, a minha filha já começou a querer a chorar, daí amamentaram lá do... lá de cima, né, ela desceu já amamentadinha, mas aí ela começou a dar aquele chourinho, aquela coisinha toda, daí ela falou assim: tu tem que dar de mamar, daí ela perguntou se era meu primeiro filho, se eu não sabia, né? Eu falei: **não, é que eu não posso dar de mamar e ainda que eu ainda não tô preparada, eu não tenho bico no seio, né?** Aí ela não perguntou. E aí hoje de manhã quando a minha filha chorou de novo ela perguntou, né? Daí veio a moça e falou, e daí ela ouviu e não perguntou mais. Mas é normal, elas perguntarem ah, tu não vai amamentar, por que, qual o motivo? O fato delas estarem dando de mamar não me incomoda mas eu me sinto constrangida por não poder fazer o mesmo [Átropos].*

*Até agora ninguém me perguntou porque eu não tô dando de mamar (mantém-se no leito de cortina fechada), mas se vierem eu vou falar que é porque **eu tenho o bico virado** [Ino].*

E, por último, as alegações apresentadas por Nike, que justificam o fato de não estar amamentando por trabalhar fora, e Agléia por apresentar incompatibilidade sangüínea:

*Aqui ninguém me perguntou ainda porque não tô amamentando e quando eles perguntam lá fora, como eu lhe falei, né, quando é uma pessoa que sabe que eu sou portadora eu explico e aquelas que não sabem **eu digo eu não amamento porque eu vou trabalhar fora e não vou judiar da criança**. Simplesmente eu falo isso. Isso é o que eu vou dizer pro pessoal lá onde eu moro. Vou dizer que eu vou trabalhar fora, ele vai ter que ir pra creche então vou botar no leite agora pra depois não tirar o menino do peito [Nike].*

*Até a minha mãe, quando viu que eu não tava amamentando, ela ligou pra uma amiga minha, que até eu comentei, ligou pra ela perguntando: eu estou achando estranho a Agléia não amamentar. Aí ela falou assim: não, eu também não amamentei, mas eu tive hepatite... Ela teve hepatite. **A Agléia deve ser por causa do sangue dela, não é? Que o meu sangue é O negativo.** Aí a minha mãe assim: será, porque eu tô achando tão estranho... Aí a minha amiga assim: não, dona Lucinda, não se preocupa não, isso acontece. É onde agora ela se acalmou e não me falou mais nada [Agléia].*

Entre as relacionadas com as condições maternas, obviamente estão incluídas aquelas que se configuraram elementos essenciais para a compreensão do fenômeno, que consistem nas alegações associadas à baixa e à não-produção do leite supramencionadas.

Quanto às relacionadas com as condições infantis, foram mencionadas duas alegações: uma por Hera, porque o bebê encontrava-se na *estufa*, e outra por Héstia, porque a filha estava com alergia:

Aqui no hospital muitas mães já me perguntaram porque é que eu não tô amamentando. Daí eu menti. Aí eu falei que era porque eu não podia amamentar ele porque ele tava na estufa. Elas perguntam aqui na unidade e lá embaixo. Lá eles perguntaram bastante também como é que eu tava reagindo, sabendo que eu tava com isso aí, com essa doença. As enfermeiras lá embaixo, perguntaram [Hera].

Eu me senti diferente... das outras porque tinha uma mãe ali que tava até amamentando, né, daí ela perguntou assim: ah, tu não tá amamentando o teu? Aí eu peguei e disse que não. Daí eu falei que é porque ela tem alergia, né. Aí ela pegou e disse: ah, tá. Aí ela viu que a mulher tava botando a faixa, ia botar a faixa. Aí até eu me senti diferente dela porque ela tava amamentando... e ela teve um parto que nem eu, né? É isso [Héstia].

Deste modo, e como podem ser observadas, as alegações mais utilizadas pelas mulheres/mães entrevistadas são aquelas relacionadas com o primeiro grupo, ou seja, com as condições maternas, mas independentemente do grupo a que pertencem, com exceção da alegação do uso de drogas, que dependendo da situação pode haver restrição temporária ou permanente, todas as demais alegações apresentadas carecem de sentido científico, pois na verdade não se constituem, à luz das evidências atuais, em motivos aceitáveis para interromper a lactação, especialmente no período de pós-parto em que se encontravam. Isto de um lado sugere que as mulheres/mães entrevistadas não estão sendo devidamente aconselhadas para lidar com esta questão e, por outro, ajudam a propalar e a fortalecer conceitos distorcidos e errôneos acerca da prática de amamentar junto às mães e à comunidade em geral. Seja como for, o

importante é que trazem à luz o modo como agem em relação a si mesmas, a outrem e à sua comunidade na condição de estarem privadas do ato de amamentar.

Neste particular, vale lembrar que, entre as circunstâncias que requerem a supressão da lactação⁴⁹, encontram-se a morte fetal ou neonatal e as contra-indicações absolutas e permanentes (a galactosemia do lactente), ou, ainda, as situações de prolongamento da amamentação muito além do tempo desejado e a quimioterapia antineoplásica em mulheres com câncer (VALDÉS; SANCHES-PÉREZ e LABBOK, 1996). Existem outras situações que requerem julgamento clínico individualizado, estando relacionadas tanto à condição da criança quanto à da mãe. Em relação às condições do lactente, existem algumas situações que o impedem de receber somente o leite materno, que é o caso da fenilcetonúria⁵⁰ e da urina de xarope de Bordo⁵¹ (VALDÉS; SANCHES-PÉREZ e LABBOK, 1996).

No que diz respeito às condições em que o leite da mãe pode conter substâncias que impliquem em risco para o lactente, são evidenciadas na literatura: o HIV, alcoolismo e uso de drogas e o uso transitório de medicamentos contra-indicados durante a amamentação. Tem sido também mencionadas outras condições em que a amamentação pode comprometer a saúde da mãe, a saber: o câncer e as lesões orais do lactente por herpes simples. Existem ainda outras condições maternas que podem ser transmitidas à criança pelo contato próximo presente na amamentação que podem contra-indicar parcial e transitoriamente: lesão mamária por herpes simples e varicela. Outras situações, como infecções freqüentes, hepatite B⁵², hepatite C, epilepsia, mastite, abscesso mamário e tuberculose, não se constituem contra-indicações à amamentação (VALDÉS; SANCHES-PÉREZ e LABBOK, 1996; LAWRENCE, 1996).

⁴⁹ A inibição da lactogênese logo após o parto é denominada de prevenção da lactação; após estabelecida a amamentação, a inibição é denominada de supressão da lactação ou ablactação (VALDÉS, SANCHES-PÉREZ e LABBOK, 1996).

⁵⁰ É a condição permanente, mas que contra-indica parcialmente o uso do leite materno, já que o leite humano, ao contrário das fórmulas, contém níveis muito baixos de fenilalanina. Assim sendo, o lactente que apresenta essa doença pode ser amamentado de modo complementar com fórmulas especiais sem fenilalanina, desde que seus níveis plasmáticos do aminoácido sejam monitorados (LAWRENCE, 1996).

⁵¹ É uma doença metabólica que contra-indica parcialmente a amamentação (AKRÉ, 1994).

⁵² Há muitos anos discute-se se a amamentação apresenta de fato algum papel na transmissão da hepatite B. A OMS (1996) ressalta a importância desse debate, tendo em vista o papel crítico na amamentação e também pelo fato de aproximadamente 5% das mães em todo mundo serem portadoras crônicas da hepatite B. De acordo com esta organização, a análise dos estudos relevantes nessa área indica não haver evidências de que a amamentação represente risco adicional aos filhos de mães com vírus da hepatite B (VHB).

E, por último, antes de encerrar esta discussão, que através deste estudo está apenas começando, outra questão importante a ser realçada e que está nitidamente colocada, podendo ser facilmente identificada na fala das mulheres/mães entrevistadas, é que a experiência vivida no seu corpo encarnado e expressa corporeamente, através desse significado, vem acompanhada por fortes reações no âmbito do seu corpo específico e circundante, tais como mal-estar, preocupação, insegurança, incômodo e sensação de sentir-se diferente em relação a outras mulheres e constrangimento.

7.6.6 De preferência sem faixa, não usar faixa: *isso tem que acabar!*

Retrata o elevado nível de rejeição e repúdio expresso corporeamente pela maior parte das mulheres/mães entrevistadas, no momento presente e junto à sua comunidade, acerca do procedimento adotado como rotina pelos serviços de saúde, conforme recomendação preconizada pelo Ministério da Saúde através do Projeto Nascer (BRASIL/MS, 2003c), para impedir o processo de lactação por meio de inibição mecânica (enfaixamento das mamas) imediatamente após o parto, devendo sempre ser baseada no consentimento livre e esclarecido das puérperas. A vivência de enfaixar as mamas desencadeia uma imagem do corpo próprio centralizadora na mama, que afeta a mulher/mãe nas suas diferentes dimensões: física, psíquica, social e cultural, estando intimamente inter-relacionadas entre si.

Das 24 mulheres/mães entrevistadas, 16 manifestaram, de algum modo, sendo que algumas mais ostensivamente, outras menos, o desejo de não enfaixar suas mamas no período pós-parto. Quanto às demais, em número de oito, uma não estava muito segura acerca do referido procedimento e as outras reconheceram sua importância. Entre as que repudiam este procedimento, alegam sensações no plano físico, emocional e moral, que incluem: sentir-se doente, diferente, mal-estar, revolta, angústia, impotência, perda de identidade feminina e materna, perda simbólica da mama, sufocamento, prurido, alergia, desconforto físico, constrangimento, sentimento de inferioridade, dor, tristeza, discriminação e humilhação.

Entre as mulheres/mães que repudiam radicalmente o uso da faixa, está Eufrosina que, ao dar significado a este procedimento, coloca em evidência vários

temas essenciais que merecem uma atenção mais particularizada. Para Eufrosina, que dá um valor estético à mama, vê-la enfaixada representa *uma coisa doentia*, ou seja, como se a mama estivesse doente, não saudável. Na sua percepção o fato de estar privada do ato de amamentar pela possibilidade de transmissão do HIV pelo seu leite não significa que as suas mamas estejam doentes, já que ela não foi submetida a qualquer procedimento cirúrgico, não está com câncer, não tem tumor e não tem nada. Obviamente está se referindo à integridade da estrutura anatômica e funcional da glândula mamária. Adicionado a isto, percebe alterações fisiológicas decorrentes da instalação do processo da lactação em seu corpo, e mais especificamente no que se refere aos sinais clássicos da apojadura (descida) do leite, tais como, aumento das mamas, sensação de calor local e certo desconforto, como se estivessem, no seu dizer, *espinhando*. Até aqui se atem a aspectos meramente biológicos relacionados à anatomia da glândula mamária e à fisiologia da lactação. Mas Eufrosina prossegue e traz novos elementos que devem ser avaliados. Na sua percepção, as mamas enfaixadas causam-lhe mal-estar intenso, expresso pela palavra *horrível* mencionada várias vezes. Causa-lhe também a sensação de impotência, ou seja, como estando incapaz de agir, sem poder fazer nada. Enfaixar as mamas para Eufrosina também representa não se sentir mulher, não se sentir mãe. Com isto está trazendo à luz elementos enraizados no mundo social, onde, culturalmente, as mamas são exaltadas como símbolo da feminilidade da mulher e a amamentação como indissociavelmente ligada ao conceito de boa mãe.

Eu vou fazer de tudo pra não enfaixar. Pensei em colocar um paninho, uma coisinha assim, bem discreta. Agora passar faixa, e coisa... Como eu disse pra ti, o mais bonito é o seio. E o seio enfaixado parece assim que tá... parece uma coisa doentia, né? Representa uma coisa doentia, ele não tá doente. Não, ele não tá doente. Eu não fiz cirurgia, eu não tenho câncer, eu não tenho tumor, eu não tenho nada. Então quer dizer, eu não... por isso até que eu quase não fiz questão de falar com elas porque eu não quero que elas enfaixem. Elas esqueceram e eu também não lembrei. Eu senti que o peito aumentou bastante. Eu tava fazendo massagem no bico assim, agora parei de fazer. Eu achei horrível também ter que enfaixar meu peito. Porque eu achei assim oh, eu já não posso dar de mamar, né, e as minhas mamas agora começaram a encher. Começaram a encher hoje, elas estão aumentando, elas estão fervendo, parece assim que elas estão espinhando. Aí me deu uma sensação, assim... horrível, eu me senti assim... impotente, eu me senti... eu não me senti mulher, não me senti mãe, aí eu comecei a chorar, peguei e tirei a faixa. É horrível, é horrível, é horrível... Pra começar ela (a faixa) me coçou um monte. Ela me coçava, era assim, sabe olha, parecia uma alergia com aquela faixa, né? Aí então depois elas me orientaram para colocar compressa de água gelada, de gelo né, não lavar o peito... Primeiro foi colocado a faixa depois o soutien em cima né, aí... mas tava me coçando muito e além da coceira me deu uma

coisa tão ruim, uma sensação tão ruim... Eu não sei te explicar... assim oh... sei lá, eu não sei te explicar, foi horrível, horrível. Eu não me senti mãe, eu não me senti mulher... eu me senti impotente, como se eu não pudesse fazer nada (repetiu) simplesmente deixar fazerem comigo. Aí eu disse: ah não, eu vou retirar isso. Aí eu peguei e tirei e a senhora do Banco de Leite que veio me enfaixar me deu a dica, então eu disse que tava me coçando muito, que eu não ia colocar, aí ela me deu a dica de fazer compressa de água gelada, evitar né, de jogar água quente em cima, tomar menos líquido, que eu tô passando um trabalho porque a minha boca está sempre seca e eu gosto de tomar bastante água, aí comer mais maçã, mais fruta pra provocar o aumento da saliva e usar uma blusinha de coton bem apertada. Adorei a idéia da blusinha de coton, pelo menos agora enche (sorrisos). Ontem meu marido falou pra mim: mas tu tens que enfaixar, e aí até a sra do Banco de Leite, ela estava aqui, foi ela que me enfaixou né, e ele disse: ah porque é bom pra ti, vai te fazer bem. Aí depois ela veio falar pra mim da injeção de hormônios, daí ele perguntou pra ela o que que isso pode me trazer, daí ela falou que pode dar infecção e tal. Aí eu disse assim: mas não adianta eu não consigo usar essa faixa porque me coça. Aí ele disse assim: mas é pro teu bem. Mas aí eu disse: mas eu vou sair igual um macaquinho me coçando-me toda? Aí então ele perguntou, foi ele mesmo que perguntou pra ela: o que é que pode ser feito? Eu também estava preocupada com outras questões e cheguei até a falar pro meu marido, eu disse pra ele: chegando em casa a primeira coisa que eu iria fazer era tirar a faixa porque a minha avó tá vindo e se ela vê meu peito enfaixado ela já vai perguntar: porque é que tu não tá dando de mamar? Se todo mundo dá de mamar porque é que tu não tá dando? [Eufrosina].

NO: No primeiro contato com Eufrosina observei que a mesma ainda não tinha enfaixado as mamas e **estava com sutiã de amamentar.**

Do mesmo modo que Eufrosina, Ate nega radicalmente o uso da faixa, fazendo movimentos no sentido de não colocá-la. Refere preferir o uso do sutiã, embora também admita desconforto físico ao utilizá-lo. Na sua percepção, além de desconfortável, considera enfaixar as mamas como algo constrangedor, sendo alvo da atenção do mundo social, constituindo-se em um instrumento denunciador, ou seja, anuncia que ali existe algo que está proibido, o que está presente também com bastante intensidade na fala de Hybris. Faz críticas ao procedimento adotado e à atitude dos profissionais, reivindicando uma nova modalidade de inibição da lactação e que a mesma seja mais eficiente e não *tão bruta*. Neste particular, identifica que os profissionais estão adotando este procedimento na perspectiva deles próprios (enquanto situação apresentada), sem levar em consideração o que é melhor para a mulher/mãe que está vivenciando este processo (situação vivida):

Elas querem que eu enfaixe, mas eu nem não sei. Eu já vou ganhar alta... Aí em casa eu pensei em usar sutiã apertado. Não é suficiente, será? Eu não consigo nem usar sutiã, que dirá a faixa. Me sufoca. O sutiã, nunca usei, só uso pra sair. Agora a pouco passou a mulher do Banco de Leite e aí ela queria saber porque eu não tava amamentando e porque não tinha enfaixado a mama ainda. Aí ela disse para eu ir no Banco de leite enfaixar. Eu vou deixar... em casa eu vejo Eu acho uma coisa super... além de desconfortável é constrangedora, né? Porque sei lá... fica todo mundo olhando, percebe, né? Deveria ter uma outra maneira, no caso... uma injeção pra secar o leite, né? Se o uso da faixa é pra isso, então que fosse um coisa mais eficaz, mas não tão a mostra assim... uma coisa assim tipo bruta. Além de ser desconfortável, ela chama a atenção, e denuncia... ali tá proibido. Tem que ter outros meios.

Os profissionais, eles estão fazendo do jeito deles e acham que aquela maneira ali tá bom, né? Pra eles não interessa se tem outras... se tá agradando ou não, né? A faixa é uma coisa que tá ali denunciando, né? [Ate].

*Ah, eu fiquei um pouco assim meia revoltada sabe, porque eu queria, queria mesmo dar de mamar... Essa faixa... tá igual a **PROIBIDO... PROIBIDO MAMAR**. Pra mim significa isso. É... e eu não me sinto bem com ela, não me sinto bem. Porque daí vem as pessoas, perguntam por que tu tá assim, por que tu não tá, aí tu tem que dar mil e uma explicações, coisas que tu não quer... Eu não sinto bem. Elas colocaram assim (em forma de 8) porque ela tava caindo. Eu acho que tá produzindo leite e tá... tá aumentando, né? [Hybris].*

Aidos, por sua vez, interpreta o uso da faixa como sendo uma *humilhação*, agregando, deste modo, um valor moral a este procedimento técnico, ou seja, como um elemento de diminuição ou rebaixamento da moral. De um lado percebe que fisiologicamente é capaz de produzir o leite, e, por outro, a necessidade do peito manifestada pela filha, e entre um e outro, a impossibilidade de amamentar em decorrência da presença do HIV. Sabe que sua filha está sendo amamentada (leite ordenhado e pasteurizado do Banco de Leite), mas na sua percepção é diferente de ser amamentada por ela mesma. O uso da faixa também é alvo de preocupação e insegurança face ao mundo social, especialmente ao ser informada que deverá usá-la no domicílio. Neste sentido, refere não saber como agir, o que demonstra não estar devidamente orientada sobre o assunto.

*Sinceramente enfaixar a mama foi uma **humilhação**. Foi... foi mesmo. Ah, porque é um filho que a gente espera com tanto carinho, né, e ali tá... aquele mês todo, tá preparando... tem um leite... um colostro tudo e chega na hora e vai ser desperdiçado, né? Enfaixado, tudo e daqui a pouco já o leite já tá secando... a cada dia ela fica assim chorando e... pedindo o peito mas eu não posso dar, né? Aí tem que ser o leite de outros. Mesmo que não... **Graças a Deus ela tá sendo amamentada, né, mas não é a mesma coisa que ser amamentada por mim**. Porque a horinha que sentir fome eu já tiro o peito, a mama e já dou pra ela, né. **Ah, é uma coisa bem estranha**. Aí eu já ia preparando a minha mãe, né? Pelo menos ela assim que é mais... né? Aí eu já dizia pra ela eu não tenho leite, porque eu não comia direito nada e aí não pegou vitamina suficiente para amamentar ela, né. Eu já ia preparando ela assim, mas aí ela não veio, graças a Deus ela vai me esperar lá em casa amanhã. Mas aí já falaram que em casa eu também vou ter que andar com a faixa e **aí eu não sei o que eu vou fazer**. O que eu vou fazer eu não sei. Só Deus sabe. Não tem como... vou dizer o quê? Não tem como eu falar pra ela. Pelo menos pra ela não. Eu acho... é uma humilhação pra uma mãe, né? Mas cada um conhece a mãe que tem, né? Tem mãe que já sabe lidar com a situação, né, é compreensiva, tudo... Mas a minha mãe não é assim. Fazer o quê? [Aidos].*

A exemplo de Eufrosina, que percebe a mama enfaixada como *uma coisa doentia*, e de Aidos, como uma *humilhação*, Héstia igualmente expressa o mesmo quando refere que se sentiu doente ao ser enfaixada e experimentou um sentimento de *inferioridade e de diferente* em relação às outras mães que estavam amamentando:

*Já enfaixaram a minha mama, mas tá aqui embaixo. Caiu, tá aqui em baixo. Na hora que enfaixaram a minha mama, eu achei assim... como é que eu vou dizer assim... como é que eu vou dizer... ah, eu me senti **uma doente**, sei lá... uma... uma... **inferior sei lá**, às outras mães, porque em relação a elas eu me senti diferente, mais ou menos isso. **Eu me senti diferente...** das outras porque tinha uma mãe ali que tava até amamentando, né, daí ela perguntou assim: ah, tu não tá amamentando o teu? Aí eu peguei e disse que não. Daí eu falei que é porque ela tem alergia, né. Aí ela pegou e disse: ah, tá. Aí ela viu que a mulher tava botando a faixa, ia botar a faixa. Aí até eu me senti diferente dela porque ela tava amamentando... e ela teve um parto que nem eu, né? É isso [Héstia].*

Átropos, além de achar *horrrível* e *de não se sentir bem*, expressa um profundo sentimento de perda, fazendo uma analogia do enfaixamento da mama com uma mastectomia, ou seja, com a perda simbólica da mama. Percebe este processo como sendo muito doloroso. Alterações na mama decorrentes do processo de produção do leite também são percebidas por Átropos, bem como a tomada de consciência do impedimento da atividade funcional da glândula mamária no que se refere à amamentação:

*Enfaixar a mama, foi horrrível pra mim. Não... não me senti bem, assim. É como se eu tivesse feito uma cirurgia e perdido um peito (sorrisos). Foi doloroso pra mim, eu... eu não gosto assim de me sentir enfaixada, nem enrolada, né? Então, eu digo meu Deus do céu, agora mais essa vou ter que encarar... essa coisa toda, uma semana né, com essa faixa. Mas ela disse que é um procedimento normal, que vai ter que ser, né? **Meu peito também já tá muito cheio de leite e hoje à tarde** vou tomar vacina, né, pra secar e depois eu vou poder lidar melhor com isso mas hoje na hora que ela enfaixou, realmente foi uma coisa muito... muito dolorosa pra mim, assim sabe. Eu me senti como se aquilo ali não tivesse valor nenhum, nem pra mim nem pra minha filha. Entendeu? Quando eu digo não tem valor, me refiro ao peito, não servir pra alimentar uma criança, como já serviu pros irmãos dela poderia servir pra ela também, né? Então é assim que eu senti. É como se eu... não tivesse... tivesse acontecido alguma coisa que **eu tivesse perdido aquele peito ali entendeu?** É bastante doído [Átropos].*

No que se refere à situação apresentada por Métis, é possível identificar também rejeição total do uso da faixa, levando-a a retirar por conta própria na maternidade. Alega, inicialmente, que o fez por razões de desconforto físico, mas é possível perceber em sua fala outros componentes ligados ao emocional e social. Expressa sentimentos de dor, não no sentido físico, mas moral. Na sua percepção, o uso da faixa é um procedimento discriminatório, devendo ser abolido e substituído por outro. Em relação ao procedimento em si, mostra também não estar devidamente preparada e orientada sobre a finalidade do uso da faixa por parte dos profissionais de saúde.

Eles enfaixaram o peito mas eu tirei. Tirei por causa que tava me dando coceira, alergia, né. Aí peguei, eu tenho um sutiã bem apertado, eu disse pra ela que eu ia botar. A hora que eles enfaixaram ali, pra mim parecia que eles tavam me acabando. Sabia que com elas lá, nada disso tá acontecendo e comigo tá acontecendo isso tudo (choro). Ainda sem apoio de ninguém. Nem meu marido sabe ainda. Mas eu vou falar pra ele. Eu acho que não deveriam fazer isso não, enfaixar. Isso dói muito. Ah, sei lá. Saber que a gente tá ali enfaixada e as outras pessoas não. Aí elas vêm e começam a perguntar porque é que enfaixada. Hum... só se a gente ficasse isolada pra ninguém ver a gente. Por outro lado eu não acho bom ficar isolada. A faixa devia ser tirada. Elas me enfaixaram no banheiro. Ontem a mulher, a enfermeira que tava trabalhando disse pra mim: tu vás pegar essa faixa, vou botar aqui e a hora que elas forem te ajudar no banho, tu manda a outra enfermeira te enfaixar. Aí eu olhei pra ela e perguntei: pra que isso? Aí ela: é porque tu não vai poder amamentar. Aí eu disse assim: sim mas precisa? É, tem que botar a faixa pro leite não descer. Aí eu botei a faixa mas eu me senti muito desconfortável e uma discriminação porque os outros ficam perguntando: porque tás assim? A gente nem sabe que resposta dar. Isso é uma discriminação, a faixa não deveria de ter não. Isso não é importante. Com faixa ou sem faixa eu sei que o leite vem a mesma coisa. Então elas que peguem e dessem a injeção pra secar o leite no tempo que elas vão botar a faixa. Pronto daí não dá tempo do leite descer. Até hoje eles ficaram de dar uma injeção em mim, mas elas disseram que não tem aqui na maternidade. Elas disseram que talvez amanhã elas vão dar pra secar o leite [Métis].

A sensação de desconforto e mal-estar como sendo algo **horrível**, acrescida de angústia, também foi expressa por Agléia. Na sua fala fica também evidente, mais uma vez, a falta de orientação adequada e o preparo por parte dos profissionais de saúde em relação ao procedimento:

Enfaixaram a minha mama hoje. Ah, foi horrível, eu tô me sentindo bem mal. Dá uma angústia assim... fica aquela coisa apertada aqui, ui. Eu não sei quanto tempo eu tenho que ficar enfaixada, nada. Elas não falaram. Ela só falou pra mim tirar a faixa pra tomar banho, depois colocar de novo e passar gelo, até o leite secar. Mas como é que eu vou saber que o leite secou? Elas mandam tirar a faixa pra tomar banho e depois colocar de novo. Aí eu fiquei pensando assim: depois colocar, não vai ficar igual, e sou eu que vou colocar? [Agléia].

Na situação apresentada por Selene, o uso da faixa também provoca sensação ruim, dando-lhe a impressão de que está com mais dor no peito do que na cesárea. Desconfortos físicos, como prurido, falta de ar e agonia, também são mencionados. Expressa sua preferência pelo uso de sutiã bem apertadinho negando-se a usar a faixa. Sugere a substituição da faixa pelo sutiã ou por uma blusa de lycra bem apertadinha, já, na sua percepção, a faixa é a pior coisa que tem:

Ah, é uma sensação muito ruim porque aperta muito, daí assim... tu te sente mal, parece assim que tu tá com mais dor no peito, do que na cesárea. Dá coceira, dá... dá... fica agoniada, a gente sente falta de ar e tudo. Eu prefiro não usar a faixa e usar um sutiã. Inclusive eu falei pra enfermeira que eu não ia colocar a faixa. Eu prefiro usar um sutiã bem apertadinho, que daí tu sente bem a vontade porque não corre leite, não corre nada, fica bem apertadinho, nem precisa botar gazes, nada. Então eu queria sugerir assim que botem o sutiã e não botem a faixa porque a faixa deixa a pessoa mais doente porque daí tranca o seio, daí tu não consegue respirar

*direito, tu sente mais a dor no seio do que na cesárea. Só isso. Na minha primeira gravidez eu parei com a faixa no coisa... Eles me amarraram tão forte ali em cima que eu cheguei embaixo com uma dor, falta de ar e comecei a chorar direto. Aí ainda chegou outra enfermeira conversei com ela, ela passou a mão e tirou. Ela disse assim: oh aquelas enfermeiras lá de cima não souberam amarrar a faixa no teu peito. Elas amarraram muito apertado que tu ficasse até com falta de ar. Eu não conseguia nem respirar direito. **Eu não sabia se a dor era no seio ou na cesárea.** Mas mesmo se não fosse apertado eu não gosto. **De preferência sem faixa. Sem faixa, não usar a faixa. Isso tem que mudar.** Usasse uma outra coisa assim, um sutiã ou... não sei... uma outra coisa, mas menos faixa. Ou uma blusinha assim de lycra bem apertadinha, que apertasse bem o seio, mas não faixa. **Faixa é a pior coisa que tem.** Ela vai enrolando debaixo do seio e vai machucando e dá alergia, dá coceira e tudo [Selene]*

[NO: no momento da entrevista Selene estava sem a faixa].

Ainda em relação ao procedimento de enfaixar as mamas, algumas mulheres/mães entrevistadas, como Ananke e Atena, colocam em evidência a importância de ser respeitada a privacidade da mulher/mãe ao ser realizado:

Quando me enfaixaram tinha aquela outra moça no quarto. Eu acho assim, que essas coisas que ficam entre a gente, eu acho que eles deviam fazer assim... reservadamente. Que de repente a pessoa não sabe por que, mas já fica... discriminando, fica, né? Então eu acho que essas coisas assim, deveria ser feito num lugar mais... [Ananke].

Eu só não gosto que seja enfaixada na frente dos outros, pra não causar curiosidade da pessoa em saber por que, né. Mas por uma questão de estética não [Atena].

Todas as descrições aqui apresentadas trazem à luz elementos importantes para a compreensão da vivência do uso da faixa para inibir a lactação, na perspectiva do ser-mulher/mãe HIV+, e apontam para a necessidade de se rever a adoção deste procedimento nesta situação específica. Na relação com elas mesmas, com outrem e o mundo, o significado do uso da faixa atribuído pelas mulheres/mães entrevistadas transcende em muito os aspectos meramente biológicos de sua indicação. Pelas suas falas e gestos corporeamente expressos, é possível identificar o impacto deste procedimento no âmbito do corpo próprio, em suas múltiplas dimensões, provocando sensações, movimentos e ações em diferentes níveis.

Em relação aos métodos utilizados para inibir a lactação, a literatura menciona dois tipos: os fisiológicos ou não farmacológicos e os farmacológicos. Neste particular, Traebert; Dellagiustina e Gondin (2000), ao empreenderem uma breve revisão histórica sobre o assunto, relatam que durante séculos as mulheres, que por alguma razão deixavam de amamentar, eram aconselhadas a adotar métodos

fisiológicos para suspender a lactação, bem como para amenizar os sintomas e desconfortos inerentes a este processo. Ressaltam que, no período compreendido entre os séculos XVI e XIX, tais procedimentos incluíam o enfaixamento das mamas, ordenha de alívio através de massagem ou pelo uso de bombas extratoras de leite, restrição de ingestão hídrica, dietas e aplicação tópica de produtos (nas mamas e nos mamilos), como, por exemplo, unguento de beladona. No que se refere ao uso de métodos farmacológicos, neste período eram utilizadas a codeína e a morfina em caso de necessidade.

A partir do século XX, e com o desenvolvimento de novos estudos, os métodos fisiológicos sugeridos para suspender a lactação passam a incluir o enfaixamento das mamas ou o uso de sutiã apertado, evitar a extração do leite, restrição de ingestão hídrica, aplicação de produtos nas mamas e nos mamilos, como flores de jasmim, bem como a aplicação de bolsa de gelo sobre as mamas. Neste século também foram introduzidos, entre os métodos farmacológicos, o uso de estrogênios, a bromocriptina, e mais recentemente, os derivados de *ergot*, com o objetivo de prevenir o desconforto e a dor do ingurgitamento mamário e inibir a lactação.

Atualmente nas situações onde está indicada a supressão da lactação, como no caso das mulheres/mães HIV positivas, o método de eleição recomendado pelo UNICEF/UNAIDS e WHO (2000) é o fisiológico, sendo que os métodos farmacológicos de supressão⁵³ da lactação estão contra-indicados.

No que diz respeito aos tratamentos fisiológicos, estes incluem a sustentação/compressão adequada das mamas para que a mãe se sinta mais cômoda, devendo ter-se o cuidado de não apertá-las muito, uma vez que isto pode gerar desconforto e aumentar o mal-estar; a extração de leite suficiente para manter as mamas confortáveis e sadias está indicada, e também o uso de analgésicos em caso de dor. Assim proposto, o uso da faixa pode ser substituído pelo uso do próprio sutiã, bustiê ou blusa de cóton como as mesmas sugerem, desde que as mamas fiquem bem

⁵³ Os tratamentos farmacológicos que foram testados são: a) Estilbestrol (dietilestilbestrol) – efeitos colaterais incluem sangramento após suspensão e tromboembolismo. Contra-indicado em mulheres grávidas devido ao risco de embolias fetais; b) Estrógenos – não são muito eficazes. O ingurgitamento mamário e a dor podem ser reduzidos, mas quando o medicamento é suspenso podem retornar; c) Bromocriptina – inibe a secreção da prolactina. Alguns efeitos colaterais incluem a morte da mãe, convulsões e apoplexias. Em muitos países se suspendeu o seu uso em mulheres durante o pós-parto; e d) Cabergolina – inibe a secreção da prolactina. Considerada mais segura que a bromocriptina. Os possíveis efeitos colaterais incluem: cefaléias, náuseas, hipotensão e sangramento nasal. (UNICEF/UNAIDS e WHO, 2000, p. 63).

sustentadas/comprimidas. Quanto aos métodos farmacológicos, embora seja uma reivindicação das mulheres/mães quando dizem que preferem *receber injeção para secar o leite*, parece que à luz dos conhecimentos atuais ainda não se chegou a um consenso sobre qual o mais indicado, tendo em vista os efeitos danosos que trazem para a saúde da mulher/mãe.

Do ponto de vista biológico, sabe-se que o preparo das mamas para a produção do leite tem seu início no período gestacional, mediante o aumento gradual dos níveis séricos de prolactina na circulação sanguínea materna. A ação da prolactina neste período é inibida pela presença de elevados níveis de hormônios esteróide placentário, estrógeno e progesterona, e a produção de leite só vai ocorrer com a queda desses hormônios após o parto, com a expulsão da placenta (UNICEF/UNAIDS e WHO 2000).

Com a liberação da ação da prolactina, a secreção láctea tem seu início na base das células alveolares e se espalha por todo o sistema canalicular, para seu armazenamento e posterior consumo pelo bebê. Inicialmente a produção láctea é mantida pelos altos níveis de prolactina, sendo que depois de algumas semanas, com a queda dos níveis desse hormônio, o esvaziamento contínuo da glândula mamária se converte no principal estimulador do leite. À medida que começa a síntese do leite, a mãe experimenta trocas cardiovasculares consideráveis, que incluem o aumento do fluxo sanguíneo nas mamas, que podem tornar-se túrgidas, dolorosas e quentes, como descrito por algumas das mulheres/mães entrevistadas, mesmo que não seja grande o volume de leite produzido. A produção do leite em maior quantidade vai ocorrer entre o segundo e terceiro dias após o parto.

7.6.7 Tendo que alimentar o filho com outro leite: percepções e movimentos na espacialidade do alojamento conjunto

Diz respeito às percepções e aos movimentos realizados pelo ser mulher-mãe, face aos procedimentos adotados como rotina referentes à alimentação do seu filho durante sua permanência no alojamento conjunto. Estando impossibilitadas de oferecer o peito aos mesmos, os serviços disponibilizam duas modalidades de alimentação: o

leite humano ordenhado e pasteurizado, proveniente do Banco de Leite, ou fórmulas infantis. Tais produtos são fornecidos para os lactentes sob prescrição médica, de três em três horas, nas 24 horas, através de seringa ou copinho. O uso de chuquinhas, mamadeiras, bicos e chupetas está abolido das rotinas nas instituições onde o estudo foi realizado, por uma delas já ser amiga da criança e a outra estar em processo de transformação para tal, constituindo-se, estas condutas, em um dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno, conforme recomenda a OMS/UNICEF (2001). O aleitamento materno cruzado está radicalmente contra-indicado pelos riscos de transmissão de infecções, inclusive o HIV.

Diante destas condutas, a maior parte das mulheres/mães entrevistadas reage ao uso de copinho e da seringa como forma de alimentar seus filhos e questiona a contra-indicação do uso de chupetas e mamadeiras, já que não poderá amamentar seus filhos. Também reage quanto ao horário de 3/3 horas para o fornecimento do alimento para os mesmos, já que percebe que para a mulher/mãe sem contra-indicação de amamentar a rotina estabelece demanda livre, ou seja, sem horário fixo para amamentar:

O que eu me preocupo é porque eu vejo os outros nenéns chorando. Aí eu vejo que as mães pegam dão o peito e eles já se acalmam... Eu não, tenho que esperar três horas... se ele começa a chorar duas horinhas antes ou uma hora, ah tem que esperar até três, ele acabou de amamentar... Não é o neném que faz o horário? [NO: fez esse comentário com a voz trêmula, aparentemente com vontade de chorar e ao mesmo tempo com uma certa dose de indignação].

Outra coisa que mexe comigo na unidade é ver a outra mulher que quando chega a comida, em vez de atender primeiro a criança que quer mamar, ela sai correndo pra comer, entendesse? Isso me incomoda. Porque eu vendo o neném com fome, me apavoro por não ter pra dar, e ela podendo dar e não dá oportunidade pra ele... tem peito pra dar e não dá de mamar pra ele. Eu não acho isso certo. Porque pô, se ele tá com fome... Eu por exemplo, fui jantar né, daí ele começou a chorar, senti que tava com pouquinho de fome, peguei e larguei o meu prato, fui atender ele. Daí tá. Tentei acalmar ele um pouquinho. Daí veio a mulher, pegou ele, levou ele pra tomar o leitinho de lá né. Daí eu tinha acabado de comer, arrumei tudo ali, daí fiquei lá esperando ela trazer ele. Daí é sempre assim, eu me preocupo com quem não dá atenção pro neném. Ela não tem o bico do peito daí ela tá sofrendo com a amamentação. O neném quase não come, aí tem que vir alguém pra ajudar. Deixar assim... o bico do peito como uma bolinha de gude (ela queria dizer muito cheio). Parece que não dá atenção pra criança, parece que não ama ela. O marido esquece de trazer as coisas pra ela... coisas pro neném ela fica pedindo... entendesse? Eu acho isso aí errado. É porque, pô, eu vejo assim, pô, eu qualquer chorinho eu já vejo se é fome... vou logo pegar leite pra ele não ficar chorando... Ela não (refere-se à paciente que está internada a seu lado). Ela deixa ele chorar, chorar, chorar, chorar... pra depois pegar ele. E ainda pega... em vez de levantar pra pegar que nem eu faço, no meu caso eu sou pior do que ela, porque eu fiz cesárea, eu pego e levanto, pego ele no colo, pra não precisar pegar ele da cama e do berço, porque pode cair a arca... ter algum problema. Então isso me incomoda... eu querendo ajudar e não podendo, entendesse? Se eu pudesse eu ajudava... Quanto ao pessoal da maternidade que atende a gente na unidade, umas te tratam bem, mas tem outras

que te tratam mal porque a gente vê que a mãe que tá dando o peito, dá todo instante, toda hora, pois é dito pra ela que não tem horário para ela dar o peito pro filho, e que deve oferecer o peito sempre que o neném tiver fome. Com a gente é diferente, não é assim. A gente que dá de copinho, tem que dar de 3 em 3 horas, daí ele acaba chorando, a gente chega pra elas e diz: vim buscar leite porque o neném está com fome. Aí elas dizem: ah, faz só uma hora que eu dei leite pra ele. Daí eu cheguei e disse para elas assim: é mas não é a gente que diz o horário que a criança tem que mamar, ele mesmo é quem diz. Por isso que eu acho ruim, entendesse? Porque assim oh, pô eu vejo elas dando direto de mamar, ele chora, vai bota no peito. Pode ser até cólica, mas eu sei que não, mas eu sei que não, porque se eu não tô amamentando, não tem como passar cólica, então o que pode ser, ele tá com fome. Daí eu chego e peço pra ela, e ela fica dizendo; ah, agora só as cinco e meia pode dar. Pô o neném comendo de três em três horas trinta ml de leite pasteurizado, o que que é isso? Acho que não deveria assim ser de três em três horas, não tem necessidade. Só que porque eles botam um pouquinho pra fora acham que não tem necessidade, acham que eles têm que ficar com bastante fome pra comer tudo? Elas deveriam também liberar a mamadeira, porque fica mais fácil. Eu acho, porque elas me deram seringa pra mim dar, daí eu não consegui dar porque eu quase afoguei o neném com a seringa, daí com a mamadeira é mais fácil. Eu me sinto mais segura com a mamadeira. A pediatra acha que eu devo usar o copinho por alguma razão que agora eu não lembro direito. Daí eu perguntei pra ela: tá, se acostuma ele no copinho e quando eu estiver em casa e tiver que dar na mamadeira, será que ele vai querer a mamadeira ou vai querer o copo? Eu acho que ele vai preferir mais o copo porque já aprendeu a tomar no copo. É, porque ontem, uma enfermeira disse assim oh, eu vou deixar tu dar hoje com a mamadeira mas tu esconde, porque aqui na maternidade tem algumas que não gostam. Daí eu peguei e dei né, na mamadeira. Daí ele tomou bem pouquinho assim, até que depois tomou tudo. A mamadeira eu trouxe esterilizada de casa. Eu dei na outra noite. Aí ela disse que toda vez que for botar o leite tem que esterilizar. Então se ela liberasse a mamadeira, poderia ficar na cozinha e a hora que viesse o leite já vinha esterilizada. É porque não tem necessidade, se tem a mamadeira porque testar o copinho. Vai cair a mão por esterilizar e trazer aqui em vez de pegar o neném daqui e levar pra lá pra dar? [Hebe].

Dar o leite no copinho, isso aí me incomoda. Me incomoda porque, a criança já perde o sugar no peito da mãe né, que elas gostam de sugar, né? Aí não poder dar uma chupeta ou uma mamadeira... Eu acho que deveria de ser liberado, né? Pra... que nem nesse caso, e se alguém quisesse perguntar, dizer: não, tá liberado e em casos é... à parte, né, especiais. Não precisa dizer que caso é, mas só pra certos casos [Ate].

A única coisa que eu acho é que o leite deveria ser dado na mamadeirinha e não no copinho. Porque até no copinho, como é de três em três horas, ela joga muito fora, então ela não aproveita o que é pra aproveitar, né? [Cloto].

No caso assim oh, eu queria trazer mamadeira, daí ela falou que não pode, mas se né... deve ter algum motivo né, só que ninguém me explicou. É que eu acho que é melhor dar na mamadeira porque no caso o neném já acostuma aqui com as enfermeiras, né? Daí chega em casa a gente não precisa ter aquele trabalho para o neném mamar né? Até acostumar... parece que é o primeiro dia que o neném tá mamando. Tá acostumado no copinho, daí ele vai querer que eu dê... a mamadeira e vá virando na boquinha dele também, porque é muito novinho, né? Daí ele não sabe nem sugar, né Eu não quero nem pensar na amamentação porque eu não posso dar para o neném [Deméter].

Só a única coisa que eu acho assim que eu notei aqui, depois de ganhar, não no pré-natal, é que assim... **podiam dar mais atenção, com o leite pro neném, assim né...** Trazer mais, de três em três horas pro neném, assim, né? Pro neném, assim... agora, né? Porque antes assim, nada. Só agora que eu notei essa diferença, assim... Porque daí a mãe tá ali amamentando, dá a hora que quer, né? Mas... a outra não pode. Com isso eu fico bem chateada (começou a chorar). Eu fiquei bem chateada

com isso. Quando é no peito ah, dá a hora que quer mãe, pra nós ah é de três em três horas (expressou num tom revoltado). Daí hoje de manhã a enfermeira falou pra mim: ah, ah, só quando o pediatra passar e o banco de leite abrir. Mas já fazia quatro horas que ela não mamava. Daí eu fiquei assim, né? Daí ele ficou bem nervoso também porque ela chorava, chorava, chorava e não tinha... daí depois logo a moça do banco de leite chegou... foi bem atenciosa a moça do banco de leite [Ino].

7.6.8 Resignificando a amamentação: já que eu não posso amamentar, eu vou dar mais carinho, mais atenção – amamentação simbólica

Revela o movimento pelo qual o ser-mulher/mãe HIV positiva, enquanto existência no momento presente, retoma e transforma por sua conta a sua condição de estar impossibilitada de amamentar. Reconhecendo as vantagens que proporciona a amamentação, empreende movimentos em direção a seu filho, no sentido de compensar a sua não-concretização. Neste sentido, busca outras formas de transferir carinho, amor e cuidados para o mesmo. Constitui mais uma vez em exemplos concretos de que tudo é contingência no ser humano e que na sua existência inexistente a posse incondicionada, como pode ser observado nas falas de Atena, Hera, Átropos e Héstia:

E daí não podendo, a gente busca outras formas de tá... né, passando esse amor, esse carinho que a gente tem pela criança, né? Então isso não... não impede. Eu penso em fazer isso conversando, né, dialogando, eu vou contar para os meus filhos quando eles tiverem numa idade, no começo ele achava que eu não devia contar, né, mas quando eu achar que eles tem uma idade pra entender, né, eu vou contar pra eles que eu tenho, justamente para que eles é... dêem continuidade a essa preocupação que eu tive de não passar pra eles e que eles se cuidem, se preservem, né, pra que não aconteça o mesmo com eles, né. Esse psicólogo que eu procurei, eu cheguei a contar isso pra ele, né, e ele me deu essa orientação... ele me perguntou isso: se quando eu dava mamadeira pra ele, eu acalentava ele no colo, trazia, né, a posição da mamadeira, que isso era importante tanto pra mim quanto pra criança, né, e em algumas vezes eu tenho feito isso e daí sabe o que que... agora me fez lembrar, a faixa. Se isso não acaba... dificultando o contato com o bebê [Atena].

É triste mas é... a gente... eu não posso dar de mamar, mas eu posso dar carinho pra ele, eu posso dar amor pra ele, eu posso tá sempre com ele... então também não é... não é um bicho de sete cabeças não. Não é não. Não é não porque... não é uma coisa que não tá me incomodando. Não tá me incomodando não. Não tá me incomodando porque eu vou lá, dou bastante carinho pra ele, eu converso com ele, e ele indo pra casa eu vou dar mais carinho ainda pra ele, só que eu não posso esquecer que eu tenho outro filho que precisa de mim também né. Dois né. Só que o meu de cinco precisa muito também de mim. E... na verdade esse tem um pai, mas é aquela coisa carinho de mãe nunca é substituído... [Hera].

Eu vou procurar compensar, cumprindo com aquele horário de não deixar faltar o leitinho dela, de tá sempre bem aquecidinha, né, de poder complementar alguma outra coisa junto, pra não deixar que ela sinta falta daquela substância, né. E dar

todos os cuidados, o mais... mais possível ainda, ou mais que você tem que dar mesmo, que é o normal né, e dar toda aquela coisa... aquela proteção de mãe, né? A proteção de mãe que eu digo, é em geral: alimentação, cuidado, saúde, né? [Átropos].

Já que eu não posso dar o peito, então eu dou mais carinho, mais atenção. Não, porque eu comecei a perceber que quando eu ganhei ela, eu deixava ela na caminha, ela não chorava nada. Ela... ela ficou até o que... umas oito horas sem mamar. Aí, eu comecei a brincar com ela... a partir do momento que eu comecei a trocar a fraldinha nela, comecei a brincar com ela, ela ficou chorona, ela quer atenção... Aí eu percebi que, já que ela não tem o peito ela tá chamando a minha atenção pra mim tá com ela no colo, assim, né. Daí até a Hera (estava no mesmo quarto) disse: ela quer conversa, né? Tá certo, mas é isso mesmo. Porque se eu tivesse dando... porque a criança, quando a gente tá dando de mamar, eles tão sempre chorando que querem mamar, querem tá sempre perto da gente, né? Então a partir do momento que ela notou que eu tava brincando com ela, ela tá mais chorona, porque já que eu não tô dando o peito, ela quer mais atenção [Héstia].

Deste modo de agir e de se expressar, nasce a idéia da amamentação simbólica, ou seja, embora o bebê esteja impossibilitado de usufruir dos benefícios do leite materno enquanto produto, a menos que seja pasteurizado, o ser-mulher/mãe HIV pode, mesmo que de modo factício, através de gestos, atitudes e ações intencionalmente empreendidas a partir do seu corpo próprio, simular o ato de amamentar ao fornecer outro alimento para o bebê, buscando aproximar-se ao máximo do verdadeiro ato de amamentar. Em termos práticos, ela pode, sempre que tiver que fornecer o alimento para seu filho, procurar fazê-lo pessoalmente, buscando estabelecer com ele uma profunda relação através de um processo de interação e transação estabelecido por estímulos sensoriais, auditivos, táteis, visuais e emocionais (contato pele a pele, olho a olho, toque e outras modalidades de troca), do mesmo modo que ocorre com a amamentação natural. Agindo assim, poderá estar amenizando para si e para o seu filho os efeitos da privação do ato de amamentar.

CAPÍTULO 8

CHEGANDO AO FINAL DA CAMINHADA, UM NOVO ESTADO DE COMEÇO...

Ao mesmo tempo é verdade que o mundo é o que vemos e que contudo, precisamos aprender a vê-lo [MERLEAU-PONTY, 2003, p. 16].

TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Motivada por inquietações e pré-reflexões iniciais advindas da minha prática como enfermeira docente-assistencial na área da amamentação, procurei, através deste estudo, aproximar-me da compreensão do significado da privação do ato de amamentar para o ser-mulher/mãe HIV positiva. Para tal empreendimento, busquei iluminação teórica na corrente filosófica denominada fenomenologia, mais especificamente na teoria fenomenológica da expressão de Maurice Merleau-Ponty, e suporte metodológico na fenomenologia hermenêutica de van Manen. Deste empreendimento, resultou o presente relatório, cujas considerações finais passo a apresentar neste capítulo.

Visando a alcançar o objetivo do estudo, e tendo a compreensão de que o ser humano, enquanto sujeito de existência, não pode ser compreendido isoladamente, mas, antes, deve ser visto como um ser no mundo, enquanto corpo como totalidade aberta e fonte de toda expressão, aproximei-me de 24 mulheres/mães HIV positivas que se encontravam internadas em duas maternidades públicas da Grande Florianópolis, SC, no período de julho a novembro de 2003, constituindo-se, estas, os sujeitos significativos que compuseram o universo estudado.

Desta aproximação, viabilizada por meio de encontros autenticamente existenciais e nutridos pelo diálogo, pela ética e respeito mútuos, obtive descrições

experienciais, ou de experiências vividas, expressas corporeamente pelas mesmas e que foram substancialmente enriquecidas pelas observações no campo.

Esta etapa foi uma das mais gratificantes durante o meu caminhar neste estudo, e talvez pelo fato de as mulheres/mães entrevistadas, de modo geral, sofrerem, de um lado, da síndrome de falta de atenção, e, por outro, dos efeitos da pressão social face à privação do ato de amamentar, agravados pelo forte estigma e discriminação a que estão submetidas, provocando dificuldades nas relações com o seu próprio ser, com outrem e o mundo, constituiu-se num espaço privilegiado para as mesmas extravasarem seus medos, suas preocupações, suas dúvidas, bem como o seu modo de ser e agir no mundo.

A análise estrutural do conjunto de dados obtidos, configurados sob a forma de unidades temáticas (ou de significados) e temas essenciais, permitiu-me desvelar três significados que se apresentaram em torno de um significado central e que foram compreendidos como: percebendo-se como ser/mulher: *eu sou o tipo de pessoa que não faz mal a ninguém*; percebendo-se como ser/mãe: *eu sou muito mãezona*; percebendo-se como ser mulher/mãe com HIV positivo: *a gente nunca imagina que isso pode acontecer com a gente*; e percebendo-se como ser-mulher/mãe privada do ato de amamentar: *dói o coração da gente, a gente querer dar o peito, dar de mamar e não poder dar*, respectivamente. Tais significados, desdobrados em temas essenciais, mostraram-se, sob a forma de uma rede, onde aparecem intimamente relacionados, formando um todo integrado, e no conjunto comportam a expressividade corporal do ser-mulher/mãe face à privação do ato de amamentar.

Percebendo-se como ser-mulher: *eu sou o tipo de pessoa que não faz mal a ninguém*, trouxe à luz que o sujeito significativo do estudo, ao expressar corporeamente o significado da experiência da privação do ato de amamentar, percebe-se e quer ser percebida, enquanto ser-mulher e vivente que vê, como um ser que pode se ver e ser visível para si mesma, que pode se ver vendo, que é visível no meio de outros seres visíveis que também são videntes e lhe vêem, como alguém, acima de tudo, dotado de um valor moral positivo, constituindo-se, este, o objeto ou fim de seu modo de ser, agir e existir no mundo; percebe-se e quer ser percebida, enquanto ser-mulher, como um ser tátil, tocante, que tem o poder de tocar e de ser tocada, que é

capaz de tocar-se, quer tocar e, dependendo do toque, quer e não quer ser tocada, quer poder amar e também ser amada, onde o toque se mostra com diferentes sentidos; percebe-se e quer ser percebida, enquanto ser-mulher, como “um si” que se compreende no meio das coisas, que tem o poder de sentir, e sentindo é sensível para si mesma e para outrem; percebe-se e quer ser percebida como alguém que gosta de si e de cuidar de si; percebe-se e quer ser percebida do jeito que é na sua autenticidade; percebe-se e quer ser percebida como sendo igual às outras mulheres, repudiando qualquer atributo que a faça diferente de outrem.

Este foi o modo que o ser-mulher revelou-se para mim no presente estudo, e também o modo como gostaria de ser percebida, ou seja, como sendo alguém, acima de tudo, que não faz mal a ninguém, o que interpretei como contendo um valor moral revestido de um desejo profundo de antagonizar os prováveis efeitos da discriminação e do estigma sociais aos quais estão submetidas.

A partir desta aproximação, aprendi também que o ser-mulher/mãe HIV positiva, apesar de toda trama social à qual estão submersas, são seres humanos que têm muitas esperanças, são sedentas de vida, com grande vontade de viver, de lutar e de sonhar. Buscam a felicidade do mesmo modo que qualquer outro ser humano e querem ser vistas e tratadas como tal.

No que diz respeito ao significado percebendo-se como ser-mãe: *eu sou muito mãezona*, permitiu-me apreender que o mesmo revela, com intensidade, o lugar privilegiado que a maternidade e a função materna ocupam na existência da maior parte das mulheres/mães entrevistadas. A vivência da maternidade desencadeia uma imagem do corpo próprio a partir do momento em que o ser-mulher se transforma em ser-mãe. São transformações que se exprimem a partir da compreensão ou do ato de perceber-se como ser-mãe, buscando estabelecer uma relação de equilíbrio do corpo específico e do corpo circundante. A corporeidade do ser-mulher centralizada na maternidade aciona uma multiplicidade de decisões e ações que fazem parte do seu corpo próprio e envolvem diferentes dimensões e momentos do ciclo reprodutivo, ou seja, desde a concepção à gestação, à parturição e, por fim, à amamentação.

Longe de ser apenas um fenômeno biológico, o processo de transformação do ser-mulher em ser-mãe mostrou-se circunscrito numa ampla rede de significações,

onde o ideal da boa mãe, fortemente presente na fala das mulheres/mães entrevistadas, reflete modelos construídos socialmente, e a mãezona, também podendo ser reconhecida simbolicamente como a mãe coruja ou corujona, a ótima mãe, entre outros adjetivos, aparece como imagem idealizada de mãe. Ela é competente, *expert* em cuidar do filho e nele deposita sua razão de ser e existir, pavimentando obstinada e incessantemente o caminho para a realização e felicidade do mesmo. É carinhosa, dedicada, amorosa, equilibrada, calma, disponível e realiza com prazer e abnegação todas as tarefas inerentes ao cumprimento do seu papel de mãe. Alimenta, acaricia, educa e protege. Tal imagem se faz presente na fala das mulheres/mães entrevistadas que, ao expressarem o modo como se percebem enquanto mães, identificam-se como sendo: uma ótima mãe, *mãezona*, mãe *coruja*, tipo *corujona*, mãe bem presente, carinhosa e feliz, que adora ser mãe, gosta de cuidar dos filhos, dar carinho e atenção, que se sente realizada, *derretida*, muito *boba* pelos filhos, superprotetora, bem prestativa, cuidadosa, dedicada, que educa os filhos com regras e também é bem paciente.

Entre os significados e temas essenciais que vieram à luz no presente estudo, a partir do conjunto de dados apreendidos da fala e da expressividade corporal do ser-mulher/mãe, enquanto ser-sujeito engajado no mundo, aprendi que o fenômeno da condição de HIV positiva, que lhe é conferida através de exames mediante reações que comprovam a presença desse vírus altamente letal em seu corpo, com toda a potência de seu impacto e suas implicações, sejam de ordem física, psíquica, social, moral, cultural e espiritual, ocupa lugar privilegiado em sua existência. O mesmo se fez presente em diferentes momentos do percurso do seu existir, determinando no âmbito do corpo próprio comportamentos expressivos dos mais variados, envolvendo a totalidade de sua existência.

Tal condição, demarcada por diferentes fases, é influenciada por múltiplos fatores, que incluem desde o momento da descoberta, e em determinadas situações até mesmo o período que a antecede, o modo como descobriu, as reações face à mesma, a modalidade de transmissão, até os seus complexos desdobramentos. Os temas essenciais expressos pelos sujeitos significativos formaram uma rede em torno do significado principal, que pode ser compreendido como **se percebendo como ser-**

mulher/mãe HIV positiva: a gente nunca imagina que isso pode acontecer com a gente, que, por sua vez, estão desdobrados em outros temas, formando uma constelação, a saber: **descobrimo e reagindo à descoberta da condição de HIV positiva, convivendo com a condição de HIV positiva e fazendo movimentos de transcendência**.

A partir da minha aproximação, observação, convívio e diálogo estabelecidos com estas mulheres/mães, aprendi que o impacto da revelação do diagnóstico de soropositividade é percebido de diferentes modos para cada uma delas, e a maneira de reagir face à descoberta é influenciada de acordo com diferentes fatores, mas seja como for, ao serem informadas sobre a condição de HIV positivas, prevaleceu no conjunto dos dados, salvo em raríssimas exceções, reações que expressavam sentimentos, pensamentos e condutas que variaram desde o estado inicial de choque ou negação, quando são acionados mecanismos de não-aceitação, desejo de se matar e abortar, seguidos e/ou acompanhados de outros, tais como: tristeza, revolta/ira, culpa, medo (da morte iminente, do estigma e discriminação, do abandono), depressão e, finalmente, a aceitação, conforme é possível observar em algumas de suas falas, de acordo com o período em que descobriram. Nem todas as mulheres/mães vivenciam integralmente as diferentes fases ou seguem a mesma seqüência, podendo alguma fase ocorrer simultaneamente à outra, mas todas revelaram, de um modo ou de outro, o quanto ficam abaladas no momento da descoberta e as dificuldades que enfrentam para lidar com a situação.

O significado “*a gente nunca imagina que pode acontecer com a gente*”, revelou sinais e auto-estigmatização, introjetando no corpo vivido do ser-mulher/mãe um conjunto de atitudes e reações negativas advindas da percepção na relação consigo mesma, com outrem e com o mundo da vida. É um fenômeno complexo, que apareceu envolto por múltiplas dimensões da existência do ser e emergiu como sendo uma doença “dos outros”.

Do conjunto dos resultados obtidos, ocupou lugar central neste estudo o significado que poder ser compreendido como: **percebendo-se como ser-mulher/mãe privada do ato de amamentar: dói o coração da gente a gente querer dar o peito, dar de mamar e não poder dar**. Tal significado revelou como no momento presente e

junto à sua comunidade o ser- mulher/mãe HIV positiva, a partir do seu corpo próprio, enquanto matriz de significações, expressou o significado de estar privada do ato de amamentar, prevalecendo o sentimento materno de profunda dor, acompanhada de outros sentimentos, tais como: tristeza, culpa, impotência, inferioridade, necessidade, indignação, dúvida, vazio, inferioridade, inveja, frustração, medo do preconceito e da falta da amamentação, arrependimento e agonia. Tais sentimentos refletem claramente a tomada de consciência **das perdas** que a privação do ato de amamentar lhes acarreta, bem como ao seu filho, e são mais intensificados à medida que o ser-mulher/mãe tem consciência e reconhece as vantagens da amamentação para si própria e para a criança, e a superioridade do leite materno, quando comparado com outras formas de alimentação infantil. Entre as vantagens reconhecidas e mencionadas, destacaram-se as econômicas, as nutricionais, as imunológicas, as afetivas e as higiênico-sanitárias. O mesmo ocorreu quando, na espacialidade do seu corpo, se deparam com outras mulheres/mães que estão amamentando e também com situações que promovem a amamentação materna.

Percebendo o leite secretado pelo seu corpo: *meu leite é normal, mas ele não é normal*, revelou a ambivalência vivida e expressa corporeamente pelo ser-mulher/mãe HIV positiva diante da qualidade da secreção láctea produzida pelas glândulas mamárias em seu corpo, a partir do nascimento do bebê.

De um lado a percepção do leite como sendo *normal*, com suas propriedades nutricionais, bioquímicas e imunológicas preservadas, sendo percebido como um leite forte, saudável e igual *o das outras*, e, de outro, adquirindo características que o transformam e desqualificam severamente, sendo percebido, no mesmo tempo que normal, como um leite impuro, mortal, contaminado, envenenado, impotente, prejudicial, causador de doença, que transmite o vírus, que pode contaminar o bebê, sem valor nenhum, um leite perdido, prejudicial, não sendo saudável, não valendo nada, um desperdício, desnecessário, que *não presta pra nada, uma porcaria*.

Quanto ao tema de preferência *sem faixa, não usar faixa: isso tem que acabar*, retratou o elevado nível de rejeição e repúdio expresso corporeamente pela maior parte das mulheres/mães entrevistadas acerca do procedimento clinicamente indicado como rotina. A vivência de enfaixar as mamas desencadeia uma imagem do corpo próprio

centralizadora na mama, afetando-a nas suas diferentes dimensões: física, psíquica, social e cultural, estando intimamente inter-relacionadas entre si.

Estes dados sugerem fortemente a necessidade de se rever ou melhor avaliar este procedimento junto às mulheres/mães, até porque parece ineficaz e não trazer contribuições de fato para as mesmas. Por outro lado, me fez refletir sobre o modo mecanicista com que este procedimento vem sendo utilizado. Será que os profissionais que o realizam ou o prescrevem têm conhecimento do modo como o ser-mulher/mãe percebe e reage ao uso da faixa? Como enfermeira atuando na área do aleitamento materno há um bom tempo, confesso que eu própria desconhecia a intensidade com que essas mulheres/mães repudiam este procedimento.

E quando mentir é preciso: *o meu leite não desceu, eu não tenho leite*, revelou o drama social vivido pelas mulheres/mães entrevistadas, privadas do ato de amamentar por serem HIV positivas. Temendo o estigma e a discriminação social, fazem movimentos no sentido de camuflar seu *status* sorológico, utilizando alegações factícias para justificar a privação ao ato de amamentar. Entre as diversas alegações que vieram à luz, prevalecem aquelas relacionadas com a baixa e a não-produção do leite, ou seja, *meu leite não desceu, eu não tenho leite*. Além destas, aparecem outras de modo heterogêneo.

Tendo que alimentar o filho com outro leite: percepções e movimentos na espacialidade do alojamento conjunto, diz respeito às percepções e aos movimentos realizados pelo ser mulher-mãe, face aos procedimentos adotados como rotina, referentes à alimentação do seu filho durante sua permanência no alojamento conjunto. Diante destas condutas, a maior parte das mulheres/mães entrevistadas reage ao uso do copinho e da seringa como forma de alimentar seus filhos e questiona a contra-indicação do uso de chupetas e mamadeiras, já que não poderá amamentar seus filhos. Também reage quanto ao horário de 3/3 horas para o fornecimento do alimento para os mesmos, já que percebem que para a mulher/mãe sem contra-indicação de amamentar a rotina estabelece demanda livre, ou seja, sem horário fixo para amamentar.

E, por último, **ressignificando a amamentação: *já que eu não posso amamentar, eu vou dar mais carinho, mais atenção*** – **amamentação simbólica**, revela o movimento pelo qual o ser-mulher/mãe HIV positiva, enquanto existência no

momento presente, retoma e transforma, por sua conta, a sua condição de estar impossibilitada de amamentar. Deste modo de agir e de se expressar nasce a idéia da amamentação simbólica, ou seja, embora o bebê esteja impossibilitado de usufruir dos benefícios do leite materno enquanto produto, a menos que seja pasteurizado, o ser-mulher/mãe HIV pode, mesmo que de modo factício, através de gestos, atitudes e ações intencionalmente empreendidas a partir do seu corpo próprio, simular o ato de amamentar ao fornecer outro alimento para o bebê, buscando aproximar-se ao máximo do verdadeiro ato de amamentar.

Diante do exposto, e considerando que num contexto onde a infecção pelo HIV/AIDS grassava cada vez mais com força epidêmica pelos quatro cantos do planeta, alcançando indistintamente seres humanos, sejam homens, mulheres e crianças, sendo as últimas especialmente através da **transmissão vertical da mãe para a criança**, e que a amamentação se constitui em uma das principais modalidades deste tipo de transmissão, e, por isso, atualmente não recomendada quando sua substituição não for segura, aceitável, possível, disponível e sustentável, acredito que os resultados deste estudo vêm somar, trazendo contribuições importantes não só para a formulação de políticas públicas relacionadas a esta situação específica, mas também para a assistência, o ensino, a pesquisa e o saber de Enfermagem de modo geral.

Em relação às políticas públicas, aos formuladores e gestores da área de saúde, acredito que, ao trazer para a cena do palco a protagonista do processo, ou seja, o ser-mulher/mãe HIV positiva vivenciando a privação do ato de amamentar, foi possível apreender do conjunto de dados e dar visibilidade (fazer ver) a uma série de situações que podem ser tomadas como subsídios valiosos para a reflexão e formulação e/ou fortalecimento de políticas e estratégias de ação nesta área específica. Neste particular, os dados apontam para a necessidade urgente de:

(a) implementar, como norma, ações de Aconselhamento em HIV e Alimentação Infantil, conforme já recomendadas pelo UNICEF/UNAIDS e WHO (2000) e, mais recentemente, reforçadas pela OMS (2003), através do documento *HIV and Infant Feeding Action: Framework for Priority Action*, onde, no contexto da estratégia global, são apresentadas cinco áreas prioritárias para governos nacionais, em todos os serviços de saúde que prestam assistência pré-natal, incluindo todas as

gestantes diagnosticadas como HIV positivas, e/ou nas maternidades quando a descoberta desta condição ocorrer nos períodos de pré-parto, parto e puerpério. Além de outros aspectos, ênfase especial deve ser dada às orientações sobre os requisitos para uma alimentação saudável, higiênica e segura, incluindo a possibilidade da utilização do leite humano pasteurizado, uma vez que neste estudo nenhuma das mulheres/mães estudadas recebeu orientação sobre estes assuntos. Tais orientações, quando realizadas, incluíram apenas a informação de que as mulheres/mães não poderiam amamentar, iriam ter que enfaixar suas mamas e receberiam leite industrializado para fornecer aos seus filhos. Como preparar o produto e quais as condições necessárias para tal não estão sendo abordados. Orientações sobre a possibilidade de fornecerem seu próprio leite, desde que pasteurizado, também não estão sendo fornecidas. Cem por cento das mulheres/mães entrevistadas desconheciam esta possibilidade;

(b) rever e aperfeiçoar os protocolos de orientações no pré-natal e pós-parto referentes aos procedimentos clínicos de inibição da lactação, levando em conta a totalidade da existência do ser-mulher/mãe, e não apenas centralizando a atenção no ato mecânico de enfaixar as mamas ou simplesmente lançando mão de produtos farmacológicos para esta finalidade; faz-se necessário, também, buscar consenso, à luz das evidências científicas, no que diz respeito aos procedimentos indicados nestes protocolos. O procedimento de enfaixamento das mamas adotado como rotina é fortemente repudiado pelas mulheres/mães entrevistadas que sugerem sua substituição por sutiã, bustiê, top de cóton, ou similares;

(c) chamar a atenção dos serviços de saúde materno-infantis em relação à adoção de horário rígido de 3/3 horas para a administração da alimentação do bebê, propondo demanda livre, conforme a necessidade do bebê, a exemplo do que é feito quando o ser-mulher/mãe está amamentando; dar maior ênfase aos riscos da utilização na mamadeira e difundir amplamente as razões pelas quais deve-se recomendar a alimentação preferencialmente em copinho;

(d) melhorar o acompanhamento e intensificar o apoio aos trabalhadores de saúde, incluindo nos programas de capacitação de recursos humanos, especialmente

aos que prestam assistência às gestantes e ao binômio mãe/filho, com cursos específicos de Aconselhamento em HIV e Alimentação Infantil;

(e) desenvolver um protocolo específico de orientações para gestantes e puérperas HIV positivas, com produção de material educativo (*folders*, manuais e cartazes) sobre a alimentação infantil e HIV. Incluir nos cartões/cadernetas de saúde oficiais informações relevantes sobre o assunto ou criar materiais para esta situação específica;

(f) divulgar amplamente a legislação pertinente ao assunto, bem como as medidas nacionais relacionadas, especialmente junto aos serviços e profissionais de saúde que prestam assistência a esta clientela específica;

(g) continuar os esforços para a expansão do acesso, a demanda ao teste e o aconselhamento em HIV, antes e durante a gravidez e a lactação, de modo a orientar as mulheres e seus parceiros a conhecerem sua condição de HIV e saberem como evitar sua transmissão, bem como apoiar em suas decisões relacionadas com o próprio comportamento e com o cuidado de seus filhos;

(h) continuar promovendo intervenções, a fim de neutralizar a estigmatização e a discriminação sociais e aumentar a aceitação de mulheres/mães HIV positivas;

(i) criar mecanismos de controle e avaliação quanto à distribuição do leite industrializado fornecido para as crianças das mulheres/mães HIV positivas, de modo que seja garantido o fornecimento desses produtos de maneira contínua e sem causar constrangimentos ao ser-mulher/mãe.

No que se refere à assistência, acredito que os resultados deste estudo podem ser úteis aos profissionais de saúde que atuam na área, ajudando-os a obter melhor compreensão deste fenômeno situado e, a partir daí, adotar um modo inovador, mais solidário e humanizado, de cuidar deste ser, levando em conta a totalidade de sua existência. Por outro lado, o ser-mulher com HIV/AIDS, ao se deparar com o processo de lactação com toda a complexidade que o envolve, poderá se sentir mais fortalecida em sua auto-estima e autoconfiança ao receber um apoio diferenciado dos profissionais nesta situação específica.

Em relação ao ensino, acredito que, ao obter uma compreensão mais profunda sobre o significado desta vivência para o ser-mulher/mãe com HIV/AIDS e desvelar o

modo como ela (re)significa ou transcende a situação de estar impedida de amamentar, este estudo traz contribuições para o processo ensino-aprendizagem, chamando a atenção da comunidade acadêmica (discentes e docentes dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem) para a problemática.

No que se refere à pesquisa e ao saber da Enfermagem, acredito que o presente estudo traz também contribuições para o fortalecimento das bases do saber da Enfermagem, bem como para o desenvolvimento de novas pesquisas envolvendo os temas: Enfermagem, mulher/mãe, HIV/AIDS, amamentação, fenomenologia e teoria da expressão de Merleau-Ponty.

Antes de finalizar, gostaria ainda de ressaltar que, em relação à teoria fenomenológica da expressão de Merleau-Ponty, penso que ela tenha sido de fundamental importância para o exercício de um novo olhar para o mundo e para outrem.

Ao realizar este estudo, tive o privilégio de empreender um percurso metodológico que me permitiu possibilidades de ampliar minha compreensão do significado da privação do ato de amamentar para o ser-mãe HIV positiva, conduzindo-me a esta forma de caminhar. Sinto também que as questões iniciais que suscitaram o estudo foram elucidadas e devidamente preenchidas, mas também tenho a clareza de que agora, ao finalizá-lo, surgem tantas outras, levando-me a um novo estado de começo.

REFERÊNCIAS

AGGLETON, P.; PARKER, R. **Campanha mundial VIH/SIDA de 2002-2003**. Conceitos fundamentais e base para ação: estigma e discriminação. ONUSIDA, 2002.
Disponível em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2004.

AIT-KHALED, M. et al. Intrapartum mucosal exposure to human immunodeficiency virus type 1 of infant's born to HIV-infected mothers correlates with maternal plasma virus burden. **Journal of Infectious Diseases**, v. 177, p. 1097-1100, 1998.

AKRÉ, J. **Alimentação Infantil**. Bases fisiológicas. São Paulo: IBFAN. Brasil, 1994.

ALENCASTRE, M. B. Sobre fenomenologia, fenomenologia existencial e enfermagem psiquiátrica. **Ciencia y Enfermeria**, vol. 1, p. 19-24, 1999.

ALIOUM, A. et al. Estimating the efficacy of interventions to prevent mother-to-child transmission of HIV in breastfeeding populations: development of a consensus methodology. **Statistics in Medicine**, v. 20, p. 3539-3556, 2001.

ALMEIDA, J. A. G. de. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 1999. 119p.

ALMEIDA-COELHO, R. C. H. **Cuidando da mulher gestante com HIV fundamentado na Teoria de Parse: um novo referencial para a prática de Enfermagem**. 2001. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ALMEIDA, M. **Maternidade: um destino inevitável?** Rio de Janeiro: Campus, 1987.

ALMEIDA, M. S. **Sentimentos femininos: o significado do desmame precoce para mulheres**. Florianópolis. **Rev. Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 260-275, jan./abr. 1997.

ALMEIDA, W. **Formas de encontro: psicoterapia aberta**. 2.ed. São Paulo: Ágora, 1988.

AMIN, S. **Breastfeeding and women's empowerment: the global technocratisation of reproduction**. Penang, Malasia, 1995.

ANDRADE, S. M. O. **Avaliação qualitativa sob a perspectiva do interacionismo interpretativo: o caso da AIDS**. 2002. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

APEL, K. O. **Transformação da Filosofia I**. São Paulo: Edições Loyola. Tradução de Paulo Astor Soethe (UFPR), 2000.

ARAÚJO, L. D. S. **Querer/poder amamentar: uma questão de representação**. Florianópolis, 1998. Resumo Dissertação [Mestrado em Enfermagem] **Rev. Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 170-178, jan./jun. 1992.

ASSIS, M. A. A. de; SANTOS, E. K. A dos; SILVA, D. M. G.V. Planejamento de banco de leite humano e central de informações sobre aleitamento materno. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo 17:406-12. 1983.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. 8.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p.

BENNER, P. E. **Quality of life**: a phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. **Advances in Nursing Science**, v. 8, p. 1-14, 1985.

BERER, M.; RAY, S. **Mulheres com HIV/AIDS**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1997, 512p.

BETRAN, A. P. et al. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. **Br Med J**, n. 323, p. 1-5, 2001.

BICUDO, M. V. **Fenomenologia**: confrontos e avanços. São Paulo: Cortez Ed. 2000. 167p.

BIRCH, E. et al. Breastfeeding and optimal visual development. **J. Pediatr Ophthalmology and Strabismus**, v. 30, p. 33-8, 1993.

BÖEHS, A. E. et al. Aborto provocado – Estudo epidemiológico descritivo numa maternidade de Florianópolis, Santa Catarina. **Ciência e Cultura**, v. 35, n. 4, p. 501-506, 1983.

BOEMER, M. R.; ALENCASTRE, M. B. O referencial da fenomenologia para a prática de pesquisa. **Ciencia y Enfermeria**, v. 1, p. 13-17, 1996.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Qualitative research for education**: an introduction to theory and methods. Boston: Allyn and Bacon, 1982.

BOMSEL, M. Transcytosis of infectious human immunodeficiency virus across a tight human epithelial cell line barrier. **Nat Med**, v. 3, p. 42-47, 1997.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Lei n. 8080, de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 19 de outubro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Brasília: CONEP, **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Ano V, n. 10, julho de 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Manual operacional para comitês de ética em pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1246/88 de 08/01/88, Artigo nº 46, 1988, p. 225.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1665/2003, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico – AIDS**. Brasília, ano XV, n. 01, outubro de 2001 a março de 2002.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico – AIDS, Transmissão Vertical do HIV**. Brasília, jun./ago. 1999.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico – AIDS**. Brasília, v. 10, n. 4, set./nov.1999.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília, DF, **Coleção DST/AIDS – Série Manuais**, n. 46, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Dados e pesquisas em DST e AIDS. 2003. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/final/dados/aids.htm>> Acesso em 12 de fevereiro de 2004. p.1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre as mulheres. Brasília, DF, **Coleção DST/AIDS – Série Manuais**, n. 57, 2003b. 124p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Projeto Nascer**, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde/OMS. **Boletim Nacional da Iniciativa Hospital Amigo da Criança**, n. 18, jan./fev./mar. 1997.

_____. Ministério da Saúde/OMS. **Boletim Nacional da Iniciativa Hospital Amigo da Criança**, n. 22, jan./fev./mar., 1998.

BRASIL, T. M. **Olhando o passado e repensando o futuro: a desconstrução do paradigma da amamentação em relação ao vírus da imunodeficiência humana na transmissão vertical**. 2000. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 2000.

BRASIL, V. V. **Grupo de mulheres e histórias de vida: por um processo de desnaturalização na prevenção do HIV**. In: _____. PAIVA, V. (Org.) **Em tempos de AIDS**. São Paulo: Summus, 1992. 206p.

BUENO, F. da S. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: FAE, 1985. 1263p.

BURTT, E. A. **As bases metafísicas da ciência moderna**. Trad. Josel Viegas Filho, 1991.

CAMARGO Jr., K. R. **As ciências da AIDS e a AIDS das ciências: discurso médico e a construção da AIDS**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1994. 207p.

CAMPBELL, R. J. **Psychiatric dictionary**. 7.ed. New York: Oxford University Press, 1996.

CAPALBO, C. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 70-6, 1994.

_____. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. Londrina: Ed. da Universidade Estadual de Londrina (UEL), 1996. 133p.

_____. Pós-Modernidade, Razão Sensível, Fenomenologia e a Enfermagem. **Revista Ciências da Saúde**, Florianópolis, v. 16, n. 1/2, p. 32-47, jan./dez. 1997.

_____. Os novos paradigmas em saúde e a pós-modernidade. **Revista Ciências da Saúde**, v. 16, n. 1/2, p. 16-31, jan./dez. 1997.

CARMO, P. S. do. **Merleau-Ponty: uma introdução**. São Paulo: Ed. EDUC, 2002. 159p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Pneumocystis pneumonia* – Los Angeles: **MMWR** – Morb Mortal Wkly Rep. 1981; 30:250-52.

_____. The global HIV and AIDS epidemic, 2001. **MMWR**, v. 50, n. 21, p. 434-439, June, 2001.

_____. Kaposi's sarcoma an Pneumonia among homossexual men – New York City and California: **MMWR**, v. 30, p. 305-308, 1981.

CHANDRA, R. K. Nutritional regulation on immunity and infection: from epidemiology to clinical practice. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 5, p. 844, 1986.

_____. Five-year follow-up of high risk infants with family history of allergy who were exclusively breast-fed or fed partial whey hydrolysate, soy, and conventional cow's milk formulas. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, 24 (4):380-8, 1997.

CHÂTELET, F. **Uma história da razão**. Trad. Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. 159p. Cap.1: A invenção da razão, p. 15-33.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ed. Ática. 12.ed. 1999. 440p.

CHEN, Y.; YU, S.; LI, W. Artificial feeding and hospitalization in the first 18 months of life, **Pediatric**, v. 81, p. 58, 1988.

CHODOROW, N. **Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher**. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos Ltda. 1990. 319p.

COELHO, N. J.; CARMO P. S. do. **Merleau-Ponty: filosofia como corpo e existência**. São Paulo: Ed. Escuta, 1991. 113p.

COHEN, M. Z. A. Historical overview of the phenomenologic movement. **Image: Journal of Nursing Sholarship**, n. 1, p. 31-34, 1987.

COHLER, B. J.; GRUNEBAUM, H. U. **Mothers, grandmothers, and daughters**. Nova York: John Wiley and Sons, 1981.

CORDON, J. M. N.; MARTINEZ, T. C. **História da Filosofia** – dos pré-socráticos à Idade Média. Trad. Armindo Rodrigues. Rio de Janeiro: Edições 70 – Brasil, 1991. 169p. O problema da natureza do pensamento grego, p. 21-28 e O homem e a sociedade no pensamento grego, p. 53-57.

CORRÊA, J. A. Prefácio à Edição Brasileira. In: MERLEAU-PONTY, M. **A estrutura do comportamento**. Trad. de José de Anchieta Corrêa. Belo Horizonte: Interlivros, 1975. 259p.

CUNNINGHAM, A. S.; JELLIFFE, D. B.; JELLIFFE, E. F. P. **Breastfeeding and health in the 1980's**: a global epidemiology review. **J. Pediatr**, n. 18, p. 659, 1991.

CUNNINGHAM, A. S. Breastfeeding and illness. **Pediatrics**, n.110, p. 658, 1987.

CURTIS, T. The Origin of Aids – A startling new theory attempts to answer the question: Was it an act of god or an act of man? **Rolling Stone**, mar. 1992.

DALY, K. A.; BROWN, J. E.; MELAND, M. H. et al. Epidemiology of otitis media onset by six months of age. **Pediatr**, v. 103, n. 6 pt1, p. 1158-1166, 1999.

DARTIGUES, A. **O que é fenomenologia?** Tradução de Maria José J. G. de Almeida. 3.ed. São Paulo: Ed. Moraes, 1992. 174p.

DETONI, A. R.; PAULO, R. M. A organização dos dados da pesquisa em cena. In: BICUDO, M. V. **Fenomenologia: confrontos e avanços**. São Paulo: Cortez Ed. 2000. 167p.

DIAS, M. B. O. Os sentimentos expressos pela mulher durante a amamentação. Florianópolis, 1996. Resumo Dissertação [Mestrado em Enfermagem] **Rev. Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 334, jan./abr. 1997.

DÍAZ, S.; ARAVENA, R.; CÁRDENAS, M. E. et al. Contraceptive efficacy of lactacional amenorrhea in urban Chile in women. **Contraception**, n. 43, p. 335, 1991.

DONZELLI, T. Cotidianidade e dimensão social do humano. **Debates Sociais**, v. 24, n. 47, jul./dez. 1988.

DUFFY, L. C.; FADEN, H.; WASIELEWSKI, R. et al. Exclusive breastfeeding protects against bacterial colonization and day care exposure to otitis media. **Pediatrics**, v. 110, n. 4, p. 7, 1997.

DUNN, D. T. et al. Mother-to-child transmission of HIV. **AIDS**, v. 12, p. 2211-2216, 1998.

DUNN, D. T. et al. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. **Lancet**, v. 340, p. 585-588, 1992.

FEATHERSTONE, C. M. Cells: portals to the mucosal immune system. **Lancet**, n. 350, p. 1230, 1997.

FERRAZ, A. F. Tornar-se soropositivo: da perplexidade ao confronto com o incógnito. In: _____. MORANDO, L.; GUIMARÃES, R. (Orgs.) **AIDS: olhares plurais**. Ensaios esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais. 1998. 200p.

FINE, A. Leite envenenado, sangue perturbado: saber médico e sabedoria popular sobre os humores femininos (séculos XIX e XX). In: _____. MATOS, M. I. S. de M.; SOIHET (Org.) **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora UNESP. Cap. 4, 2003. p. 57-78.

FONSECA, W. et al. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 279-286, abr./jun. 1998.

FORSYTH, J. S. It is worthwhile breastfeeding. **Eur J Clin Nutr**, v. 46, supl. 1, p. 19, 1992.

GILLMAN, M. W.; RIFAS-SHIMAN, S. L.; CAMARGO, C. A. et al. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. **JAMA**, v. 285, n. 19, p. 2461-2467, 2001.

GILMAN, S. **Disease and representation**. Nova Iorque, Cornell University Press, 1998.

GIUGLIANI, E. Amamentação: como e por que promover. **Jornal de Pediatria**, v. 70, n. 3, 1994.

GOLDMAN, A. S. The immune system of human milk: antimicrobial, antiinflammatory and immunomodulating properties. **J Pediatr Infect Dis**, v. 12, n. 12, p. 664, 1993.

GOYARD-FABRE, S. **Os fundamentos da ordem jurídica**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. 375p.

GREUEL, M. da V. **Fenomenologia** – O problema da fundamentação do conhecimento. Uma bordagem fenomenológica. 1996. Disponível em: <<http://www.cce.ufsc.br/le/alemao/profe/feno.html>>. Acesso em: 16 de março de 1999. 29p.

GUAY, G. et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. **Lancet**, 1999. n. 354, p. 795-802.

GUIMARÃES, R. **Dicionário de mitologia grega**. São Paulo: Cultrix, 1995, 319p.

GUIMARÃES, R. A inter-relação estigma e trajetória da doença causada pelo HIV. In: MORANDO, L.; GUIMARÃES, R. (Orgs.) **AIDS: olhares plurais**. Ensaios esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais. 1998. 200p.

GUINSBURG, R. et al. Sorologia positiva para sífilis no período neonatal: prevalência em maternidade de nível secundário. Associação com fatores de risco maternos e com sorologia positiva para HIV-1. **Rev. Assoc Méd Brasil**, v. 39, n. 2, p. 100-104, 1993.

HAHN, B. H. et al. **AIDS as a zoonosis: scientific and public health implications**. **Science**, n. 287, p. 607-614, 2000.

HATCHER, R. A. et al. **Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção**. Baltimore, Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, Programa de Informação de População, 2001.

HEDIGER, M. L.; OVERPECK, M. D.; KUCZMARSKI, R. J. et al. Association between infant breastfeeding and overweight young children. **JAMA**, v. 285, n. 19, p. 2453-2460, 2001.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HIRA, S. K.; MANGROLA, U. G.; MWALE, C. et al. Apparent vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1 breastfeeding in Zambia. **Journal of Pediatrics**, n. 117, p. 421-424, 1990.

HORTA, W. **O Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1971.

HOWIE, P. W.; FORSYTH, J. S.; OGSTON, S. A. et al. Protective effect of breastfeeding against infection. **Br. Med J**, v. 300, n. 6716, p. 11-16, 1990.

HORWOOD, L. J.; DARLOW, B. A.; MOGRIDGE, N. Breast milk feeding and cognitive ability at 7-8 years. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**, v. 84, p. 23-27. 2001.

HRDY, S. B. **Mãe natureza: uma visão feminina da evolução: maternidade, filhos e seleção natural**. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Campus, 2002. 695p.

HUFFMAN, S. L. et al. **Breastfeeding saves lives: an estimate of the impact of breastfeeding on infant mortality in developing countries**. Bethesda: Center to Prevent Childhood Malnutrition Publication, 1991.

HUISMAN, D. **Dicionário de obras filosóficas**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 609p.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de Filosofia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001. 296p.

JOFFE, H. "Eu não, o meu grupo não": representações sociais transculturais da AIDS. In: _____. GUARESH, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 2.ed. Petrópolis: Cortez, 1995.

JONES, M. E. et al. Pre-Natal and early life risk factors for childhood onset diabetes mellitus: a record linkage study. **Int J Epidemiol**, v. 27, n. 3, p. 444-449, 1998.

KENNEDY, K. I.; VISNESS, C. M. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhea. **Lancet**, n. 339, p. 227, 1992.

KING, F. S. **Como ajudar as mães a amamentar**. Tradução: Zuleica Thomsom e Orides Navarro Gordon. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

KLAUS, M.; KENNEL, J. **Parent-infant bonding**. St. Louis: MOSBY, 1982.

KNAUTH, D. Maternidade sob o signo de AIDS: um estudo sobre mulheres infectadas. In: _____. COSTA, A. O. et al. **Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina**. São Paulo: 34/FCC, 1997. 304p.

KNIEBIEHLER, Y.; FOUQUET. **L'histoire des meres**. Paris: Montalba, 1980.

KNODEL, J. Breastfeeding and population growth. **Science**, p. 1111, 1988.

KRAMER, M. S.; CHALMERS, B.; HODNETT, E. D. et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) A Randomized Trial in the Republic of Belarus. **JAMA**, v. 285, n. 4, p. 413-420, 2001.

KOURTIS, A. P.; BUTERA, S.; IBEGBU, C. et al. Breast milk and HIV: vector of transmission or vehicle of protection? **Lancet Infectious Diseases**, v. 3, n. 12, 19p. 01 december, 2003.

KÜBLER-ROSS, E. **La muerte**: um amnecer. Barcelona: Luciérnaga, 1993.

_____. **Una vida para una buena muerte**. Barcelona: Ed. Martinez Roca, 1997.

LAWRENCE, A. R. **La lactancia materna**: una guía para la profesión médica. 4.ed. Madrid: MOSBY, 1996. 892p.

LAWRENCE, E. The origin of the virus HIV-1. **Nature Science Update**, 1999.
Disponível em <www.nature.com/nsu/990211-1.html-9km> Acesso em: jun. 2003, 3p.

LACAZ, C. E.; MARTINS, J. E. C. **AIDS (SIDA)**: um pouco de sua história. In:_____. LACAZ, C. E. et al. **AIDS/SIDA**. São Paulo: Sarvier, 1990, p. 1-10.

LEFORT, C. Prefácio da obra A Prosa do Mundo. In:_____. MERLEAU-PONTY, M. **A prosa do mundo**. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Cosac & Naify, 2002. 192p.

LEÓN-CAVA, N.; LUTTER, C.; ROSS, J. et al. **Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia**. Traducción y revisión Natalia Rybak y Fernando Vallone. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud PAS, 2002.

LEOPARDI, M. T. **Entre a moral e a técnica**: ambigüidades dos cuidados da enfermagem. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994.

LEPAGE, P.; Van de PERRE, P.; CARAEL, M. et al. Postnatal transmission of HIV from mother to child. **Lancet**, n. 2, p. 400, 1987.

LEROY, V. et al. Twenty-four months efficacy of a maternal short-course zidovudine regimen to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in West Africa. **AIDS**, v. 16, p. 631-641, 2002.

LOPES, R. L. M.; SOUZA, Í. E. O. **Ser e tempo**: marco do projeto filosófico Heideggeriano. **Rev. Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 81-94, set./dez. 1997.

LUCAS, A. et al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. **Lancet**, n. 339, p. 261, 1992.

LUCAS, A.; COLE, T. J. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. **Lancet**, n. 336, p. 1519, 1990.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. Métodos de coletas de dados: observação, entrevista e análise documental. In:_____. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPT, 1986. p. 25-44.

LUIJIPEN, W. M. **Introdução à fenomenologia existencial**. São Paulo: EPU. Tradução de Carlos Lopes de Matos. 1973. 400p.

MACHADO, N. J. Apresentação In: _____. BICUDO, M. A. V. **Fenomenologia: confrontos e avanços**. São Paulo: Cortez Ed. 2000.

MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA, IMS/UERJ, Relume-Dumará, 1993.

MARCONDES, D. **Iniciação à história da filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1998. 298p.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1989.

MARTINS, J. **Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poiésis**. São Paulo: Cortez, 1992.

MELEIS, A. Revisions in knowledge development: a passion for substance. In: NICOLL, L. N. **Perspectives on nursing-theory**. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1992. p. 118-126.

MERLEAU-PONTY, M. **A estrutura do comportamento**. Tradução de José de Anchieta Correa. Belo Horizonte: Interlivros, 1975. 259p.

_____. **O primado da percepção e suas conseqüências filosóficas**. Tradução de Constança Marcondes Cesar. Campinas: Papirus, 1990. 93p.

_____. **Fenomenologia da percepção**. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 622p.

_____. Candidature au Collège de France: un inédit de Merleau-Ponty. **Revue de Métaphysique et de Morale**, v. 67, p. 401-409, 1962.

_____. **A prosa do mundo**. Edição e Prefácio de Claude Lefort. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Cosac & Naify, 2002. 191p.

_____. **O visível e o invisível**. Prefácio de Claude Lefort. 4.ed. Tradução de Luiz Henrique Lopes dos Santos e Ricardo Terra. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003. 271p.

_____. **Merleau-Ponty na Sorbonne**. Resumo de cursos de Psicossociologia e Filosofia. Tradução de Constança Marcondes Cesar. São Paulo: Papirus, 1990. 317p.

_____. **O olho e o espírito**. Prefácio de Claude Lefort. 2.ed. Tradução de Luiz Manuel Bernardo. Lisboa: Ed. Gallimard Veja, 1997. 74p.

MEZQUITA, M. Example of phenomenological perspective. In: _____. MUNHALL, Patricia. **Revisoning phenomenology: nursing and health science research**. New York: National League for Nursing Press, 1993. p. 298-319.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

MIOTTI, P. G. et al. HIV transmission through breastfeeding. A study in Malawi. **JAMA**, 1999, 282, p. 744-749.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar:** uma etnografia de Alojamento Conjunto. 2003. Tese [Doutorado em Enfermagem] Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2003.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa.** São Paulo: Pioneira Thomson, 2002. 152p.

MORIN, E. **O método.** O conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulina, 1999. 287p.

MORTENSON, E. L.; MICHAELSEN, K. F.; SANDERS, A. S. et al. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. **JAMA**, n. 287, p. 2365-2371, 2002.

MOURA, E. L. **Transmissão vertical do HIV:** percepção e ações da gestante soropositiva. 2002. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2002.

MOURA, C. A. R. de. A cera e o abelhudo – Expressão e percepção em Merleau-Ponty. **Rev. Lat. Am. Fil.**, v. 6, n. 3, p. 235-253, 1980.

_____. Entre fenomenologia e ontologia: Merleau-Ponty na encruzilhada. In: VVAA. **Idéias de subjetividade na filosofia moderna e contemporânea** – Conferências da ANPOF. Campinas (SP): ANPOF, 1997, p. 53-77.

MÜLLER, M. J. **Merleau-Ponty:** acerca da expressão. Porto Alegre: EDIPUCRS (Coleção Filosofia, 122). 2001. 343p.

MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; GRANZOTTO, R. L. **Fenomenologia e conhecimento.** 2003 (Digitado).

MUNHALL, P. L. **Revisoning phenomenology:** nursing and health science research. New York: National League for Nursing Press, 1994. 326p.

NDUATI, R. W.; JOHN, G. C.; KREISS, J. J. Posnatal transmission of HIV-1 through pooled breast milk. **Lancet**. 344:1432. 1994.

NDUATI, R. W. et al. Affect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV – 1: a randomised clinical trial. **JAMA**, v. 283, p. 1167-1174, 2000.

NESS, R. B. et al. Factors related to inflammation of the ovarian epithelium and risk of ovarian cancer. **Epidemiology**, v. 11, n. 2, p. 111-117, 2000.

NEWCOMB, P. A. et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. **The New England Journal of Medicine**, v. 330, n. 2, p. 81-87, 1994.

NIELSEN, K. et al. Presence of human immunodeficiency virus type 1 and HIV-1 specific antibodies in cervicovaginal secretions of infected mothers and in the gastric aspirates of their infants. **Journal of Infectious Diseases**, v. 173, p. 1001-1004, 1996.

NOKABITO, C. et al. Effect of nevirapine for perinatal HIV prevention appers strong among women with advanced disease: subgroup analyses of HIVNET 012. **Abstract TuOrB1174, v. I, XIV International AIDS Conference**, Barcelona, 2002.

NORRIS, J. M.; SCOTT, F. W. A meta-analysis of infant diet and insulin-dependent diabetes mellitus: biases plat a role? **Epidemiology**, v. 7, n. 1, p. 87-92, 1996.

ODDY, W. H.; HOLT, P. G.; SLY, P. D. et al. Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: Findings of a prospective birth cohort study. **Br Med J**, v. 319, n. 7213, p. 815-819, 1999.

OILER, C. The phenomenological approach in nursing research. **Nursing Research**, n. 31, p. 178-181, 1982.

ONUSIDA. **Situação da epidemia da AIDS: 2003.**

Disponível em: <http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/hivmod3.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2003.

OREM, D. E. **Nursing concepts of practice**. 1.ed. Rev. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1971. 237p.

_____. **Nursing concepts of practice**. 2.ed. Rev. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1980. 232p.

_____. **Nursing concepts of practice**. 3.ed. Rev. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1985. 303p.

_____. **Nursing concepts of practice**. 4.ed. Rev. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The optimal duration of exclusive breastfeeding. <<http://www.who.int/inf-pr-2001/en/not>>. 2001-07.html.

_____. **Hepatitis B and breastfeeding**. Declaração conjunta preparada pelo Global Programme for Vaccines and Immunization, CDH e RTH da OMS. UPDATE, n. 22, nov. 1996.

_____. **HIV and infant feeding: framework for priority action**. Geneva: WHO, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Declaração Conjunta: proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**. Genebra, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA/UNAIDS. **Recomendações sobre a transmissão do HIV e aleitamento materno**. Genebra, 1992.

PARKER, R. Example of description of perspectives: the phenomenological approach. In: _____. MUNHALL, Patricia L. **Revisioning phenomenology: nursing and health science research**. New York: National League for Nursing Press, 1992, p. 281-295.

PARKER, R. G. et al. (Org.) **A AIDS no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS,UERJ, 1994. 360 p. (História Social da AIDS, 2).

PARKER, R. G.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: Coleção ABIA. Cidadania e direitos, n. 1, 2001.

PARSE, R. R. **Illuminations: the human becoming theory in practice and research.** New York: National League for Nursing, 1995. 409p.

PETTITT D. J. et al. Breastfeeding and the incidence of non-insulin dependent diabetes mellitus in Pima Indians. **Lancet**, v. 350, n. 9072, p.166-8, 1997.

PITANGUY, J. Medicina e bruxaria: algumas considerações sobre o saber feminino. In:____. LABRA, M. et al. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1989. p. 39.

PÍTSICA, P. A. **Memória visual da colônia grega de Florianópolis.** Florianópolis, 2003.

PLATÃO. **A República: Livro II.** Comentários de PIETTRE, Bernard. Brasília: Ed. Univ. Brasília, São Paulo: Ática, 1989.

POPULATION REPORTS. **AIDS: uma crise em saúde pública.** The John Hopkins University, Baltimore, Maryland, n. 6, p. 12, abr. 1987.

PRATT, R. **AIDS uma estratégia para a assistência de Enfermagem.** Trad. Adélia M. Chida, Dorothee V. Arantes. São Paulo: Ática, 1987. 141 p. (Série Fundamentos).

PRIMO, C. C.; CAETANO, L. C. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. **Jornal de Pediatria**, v. 75, n. 6, p. 449-455, 1999.

REA, M. F. **A posição atual da OMS, UNAIDS e UNICEF sobre mães HIV+ e alimentação infantil.** Artigo apresentado no Seminário “HIV e Amamentação”, promovido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 1998 (digitado).

_____. Gravidez, parto, puerpério e amamentação. In: BERQUÓ, E. (Org.) **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil.** São Paulo: Editora UNICAMP. 2003. p.197-227.

READ, J. S. et al. Breastfeeding and late postnatal transmission of HIV-1: an individual patient data meta-analysis (Breastfeeding and HIV International Transmission Study). **Abstract TuOrB1177. XIV International AIDS Conference Barcelona, Spain, 2002, I, 371.**

REEDER, F. The phenomenological movement. **IMAGE: Journal of Nursing Scholarship**, v. 19, n. 3, p. 150-152, 1987.

REMOR, A. et. al. A teoria do autocuidado e sua aplicabilidade no sistema alojamento conjunto. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 39, n. 213, p. 6-11, abr./set. 1986.

ROMRELL, L. J.; BLAND, K. Anatomia de la mama, la axila, la pared torácica y otros sitios metastáticos relacionados. In:____. BLAND, K. I.; COPELAND, E. M. **Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas.** Buenos Aires: Panamericana, 1993.

ROLLINS, N. et al. Feeding mode, intestinal permeability and neopterin excretion: a longitudinal study in infants of HIV-infected South African woman. **J Acq Immune Deficiency Syndrome**, v. 28, p. 132-139, 2001.

RUFF, A. et al. Prevalence of HIV-1 DNA and P24 antigen in breast milk and correlation with maternal factors. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome**. n. 7, p. 68-72, 1994.

RUGGIERO, E. M. E. **Gestante portadora do vírus do HIV – Vida e significado**. 2000. Tese [Doutorado em Enfermagem], Programa de Doutorado Interunidades das Escolas de Ribeirão Preto e de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, 2001.

SABBAJ, S. et al. Human Immunodeficiency Virus specific CD-8+T cells in human breast milk. **J Virol**, n. 76, p. 7365-7373, 2002.

SALEM, T. A trajetória do casal grávido. In: FIGUEIRA, S. A. (Org.) **Cultura da psicanálise**. São Paulo, Brasiliense, 1985.

SANTA CATARINA (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Controle de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico**, dez. 2001.

_____. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Controle de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico**, v. 2, n. 2, dez. 2002.

_____. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Controle de DST/AIDS. **Situação da transmissão vertical em Santa Catarina**, 2003.

SANTOS, E. K. A. dos. **A mulher como foco central na prática do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na teoria do Autocuidado de Orem**. 1991. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 1991.

_____. Puerpério normal. In:_____. OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; SANTOS, O. B. dos. (Org.) **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC, CCS. (Série Cadernos Didáticos, v. 2). 1999, p. 103-105.

SANTOS, E. K. A. dos; ASSIS, M. A. A. de. Rotinas e normas técnicas de um banco de leite humano e central de aleitamento materno. **Rev. Bras. de Enferm**, Brasília, v. 38, n. 2, p. 133-138, 1985.

SARTER, B. Philosophical sources of nursing theory. **Nursing Science Quaterly**, v. 1, n. 2, p. 52-59, 1988.

SCHUTZ, A. **On phenomenology and social relations**. Chicago: University of Chicago Press, 1970.

SEMBA, R. D. et al. Human immunodeficiency viral load in breastmilk, mastitis and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. **J Infect Dis**, v. 3, n.180, p. 93-98, 1999.

SHU, X. O.; L, M. S. et al. Breast-feeding and risk of childhood acute leukemia. **J Natl Cancer Inst**, v. 91, n. 20, p. 1765-1772, 1999.

SILVA, I. A. **Amamentar: uma questão de assumir riscos e benefícios**. São Paulo: Robe Editorial, 1997. 257p.

_____. As interfaces das políticas públicas e assistência para mães e crianças, na perspectiva da amamentação e da AIDS. In:____. III CONGRESSO BRASILEIRO DE BANCOS DE LEITE HUMANO, Petrópolis, RJ, 16 a 20 de agosto, 2002. **Anais...** Sessão Poster, Rio de Janeiro, p. 27-179.

SIMÕES, S. M. F.; SOUZA, I. E. O. O método fenomenológico heideggeriano como possibilidade na pesquisa em enfermagem. **Rev. Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 50-56, set./dez. 1997.

SONTAG, S. **A doença como metáfora.** Tradução de Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. 108p.

SOUZA, I. E. O. **Fenomenologia na linha heideggeriana.** 1998 (mimeo).

SPIEGELBERG, H. **The phenomenological movement:** a historical introduction. The Hague: Martinus Nijhoff, 1982.

SPÍNDOLA, T. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 31, n. 3, p. 403-9, dez. 1997.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. Phenomenological research approach. In:____. STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. **Qualitative research in nursing:** advancing the humanistic imperative. Philadelphia: J. B Lippincott Company, 1995. p. 30-47.

TAMMINEN, T. M.; SALMELIN, R. K. Psychosomatic interaction between mother and infant during breastfeeding **Psychother Psychosom**, n. 56, p. 78, 1991.

TARNAS, R. **A epopéia do pensamento ocidental:** para compreender as idéias que moldaram nossa visão de mundo. Tradução de Beatriz Sidou – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. 588p.

TESS, B. H. et al. Infant feeding and risk of mother-to-child transmission of HIV-1 in São Paulo State, Brazil. **J Acquir Immun Defic Synd**, v. 19, p. 189-194, 1998.

THE PETRA STUDY TEAM. Efficacy of short-course regimens of zidovudine and lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother-to-child in Tanzania, South Africa and Uganda (Petra study):a randomised double-blind, placebo-controlled trial. **Lancet**, 2002. n. 359, p. 1178-1186.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Modelos y teorías en enfermería.** Madrid: Harcourt Brace, 1998. 555p.

TRAEBERT, E. E.; DELLAGIUSTINA, A. R. de O.; GONDIM, G. Inibição da Lactação: Indicações e Técnicas. In:____. SANTOS JUNIOR, L. A. **A mama no ciclo gravídico-puerperal.** São Paulo: Ed. Atheneu, 2000. p.193-197.

TRYGGVADOTTIR, L.; TULINIUS H.; EYFJORD, J. E. et al. Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study. **Am J Epidemiol**, n. 154, p. 37-42, 2001.

TUNALA, L. G. Fontes de estresse entre mulheres portadoras de HIV. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, supl. ago. 2002.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003. 685p.

UNICEF-UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, UNAIDS – JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **HIV and Infant Feeding:** a review of HIV transmission through breastfeeding. Genebra, 1998a[WHO/FRH/NUT/CDH/98.1]. Disponível em <www.unaids.org/publication/documents/mtct/hivmod3.pdf> Acesso em: 12 de setembro de 2003.

_____. **HIV and Infant Feeding: a guide for health care managers and supervisors.** Genebra, 1998b [WHO/FRH/NUT/CHD/98.2]. Disponível em <www.unaids.org/publications/documents/mtct/infantpolicy.html> Acesso em: 12 de setembro de 2003.

_____. **HIV and Infant Feeding:** a review of transmission through breastfeeding. Genebra, 2003 [no prelo].

_____. **Aconselhamento em HIV e Alimentação Infantil:** um curso de treinamento. Guia do treinador. 2000. Tradução de Cristina Maria Gomes do Monte. Responsável/edição em português Marina F. Rea. São Paulo: Instituto de Saúde, 2003. 236p.

WEIMER, J. The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis. ERS Food Assistance and Nutrition **Research Report**, n. 13, USDA Economic Research Service, Washington D. C. 2001.

WESTRUPP, M. H. B. **Práticas sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV:** contribuições acerca da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV/ADS. 1997. Tese [Doutorado em Enfermagem], Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.1997.

WILLUMSEN, J. F. et al. Variation in breastmilk HIV-1 viral load in left and right breasts during the first 3 months of lactation. **AIDS**, n. 15, p. 1896-1898, 2001.

WILLUMSEN, J. F. et al. Breastmilk RNA viral load in HIV-1 infected South African women: effects of subclinical mastitis and infant feeding. **AIDS** 2003. v. 17, p. 407-414.

VALDÉS, V.; SANCHES-PÉREZ, A.; LABBOK, M. **Manejo clínico da lactação:** assistência à nutriz e ao lactente. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VAN DE PERRE, P.; SIMONON, A.; MSELLATI, P. et al. Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type I from mother to infant. A prospective cohort study in Kigali, Rwanda. **N Engl J Méd**, n. 325, p. 593-598, 1991.

VAN DE PERRE, P. et al. Infective and anti-infective properties of breastmilk from HIV-1 infected women. **Lancet**, 1993, n. 341, p. 914-918.

VAN MANEN, M. **Researching lived experience:** human science for an action sensitive pedagogy. New York: The State University of New York Press, 1990.

_____. **Practicing phenomenological writing.** *Phenomenology & Pedagogy*, v. 2, n. 1, p. 36-39, 1984.

VAN der ZALM, J. E.; BERGUM, V. Hermeneutic-phenomenology: providing living knowledge for nursing practice. **Journal of Advanced Nursing**, v. 311, n. 1, p. 211-218, 2000.

VERNANT, J. P. **As origens do pensamento grego**. Tradução Ísis Borges B. da Fonseca. 7.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992. 95p.

VICTORA, C. G.; SMITH, P. G.; BARROS, F. C. et al. Impact of breastfeeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. **Br Med J**, n. 318, p. 1316-1320, 1999.

VICTORA, C. G.; SMITH, P. G.; VAUGHAN, J. P. et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths on development of atopy in early infancy: a randomized study. **J. Allergy Clin Immunol**, n. 84, p. 72, 1989.

VICTORA, C. G.; KIRKWOOD, B. R.; ASHWORTH, A. et al. Potencial interventions for the prevention of childhood pneumonia in developing countries: Improving nutrition. **Am J Clin Nutr**, v. 70, n. 3, p. 309-320, 1999.

VON KRIES, R.; KOLETZKO, B.; SAUERWALD, T. et al. Breast-feeding and obesity: cross sectional study. **Br Med J**, v. 319, n. 7203, p. 147-150, 1999.

ZALESKI, E. G.; VIETTA, E. P. **O sentido de vida do portador da AIDS**: uma questão de saúde mental. Campo Grande. UFMS, 1998. 182p.

ZIEGLER, J. B.; COOPER, D. A.; JOHSON, R. O. et al. Postnatal transmission of AIDS – associated retrovirus from mother to infant. **Lancet**, p. 896-898, 1985.

APÊNDICES



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA – BRASIL
 Tel. (48) 331-9480/331-9399 – Fax (48) 331-9787
E-mail: pen@nfr.ufsc.br
Homepage: www.nfr.ufsc.br

APÊNDICE A – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DAS MULHERES PARTICIPANTES DA PESQUISA

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa conduzida pela Enfermeira Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, aluna do Curso de Doutorado da UFSC, orientanda da Prof^a Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann.

Compreendo que participarei de uma pesquisa que irá focalizar as vivências de mulheres com HIV/AIDS, face à privação do ato de amamentar, que se encontram internadas nas Unidades de Alojamento Conjunto ou atendidas no Ambulatório desta Instituição. Esse estudo pretende colaborar na compreensão do significado da vivência da privação do ato de amamentar para a existência de mulheres com HIV/AIDS.

Estou ciente de que a pesquisadora coletará dados através de observação e de entrevistas e que a mesma somente utilizará as informações obtidas para os propósitos da pesquisa.

Compreendo que minha participação ou a participação na pesquisa ocorrerá durante o tempo em que eu estiver internada no Alojamento Conjunto ou sendo atendida no Ambulatório desta Maternidade, sem qualquer prejuízo ao meu cuidado ou ao de meu filho recém-nascido.

Estou também plenamente informada de que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo para maiores informações futuramente.

Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro.

Minha participação na pesquisa é voluntária e tenho a liberdade de recusar-me a participar da mesma ou de retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa.

Compreendo que os resultados desta pesquisa serão dados a mim, caso os solicite, e que a pesquisadora é a pessoa com quem devo contar no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante. Posso encontrar a pesquisadora por meio de uma ligação a cobrar, através do número (48) 9969-6042.

Data

Assinatura da participante

**APÊNDICE B – ANÁLISE ESTRUTURAL DAS DESCRIÇÕES EXPERIENCIAIS
EM RELAÇÃO AO SIGNIFICADO DA PRIVAÇÃO DO ATO DE AMAMENTAR**

Discurso na linguagem do sujeito significativo	Redução unidades de significado	Convergência de unidades de significado
1. HEBE <i>1.1 Depende né, no meu caso significa tudo.</i>	<i>1. Reconhecendo a importância da privação do ato de amamentar por ser HIV+.</i>	1.1, 1.2
<i>1.2 É fundamental eu não dar o peito para não criar mais risco de contaminação pro neném.</i>	<i>2. Reconhecendo a importância da privação do ato de amamentar como um meio de evitar mais risco de contaminação para o bebê.</i>	1.2, 18.7, 8.8
<i>1.3 No momento eu nem queria sabe, poder dar, eu nunca me vi dando de mamar para uma criança, até mesmo antes de saber que eu não poderia. Porque eu não sabia nada disso aí. Nem me imagino sabendo disso aí...</i>	<i>3. Negando a idéia de amamentar.</i>	1.3, 3.1
2. EUFROSINA <i>2.1 É uma coisa que dói, machuca, como eu já te falei.</i>	<i>4. Expressando sentimentos de dor face à privação do ato de amamentar.</i>	2.1, 2.5, 2.16, 2.18, 19.8, 6.2, 16.1, 24.3, 24.6, 14.7, 21.7, 17.7, 17.9, 17.12
<i>2.2 Amamentar é o que eu mais acho bonito na maternidade.</i>	<i>5. Atribuindo um valor estético à amamentação.</i>	2.2, 2.10, 2.11, 8.10, 10.6, 17.8,
<i>2.3 É uma coisa que só nós mulheres podemos fazer, o homem não pode fazer isso.</i>	<i>6. Reconhecendo a amamentação como um fenômeno exclusivamente feminino.</i>	2.3, 2.9
<i>2.4 Isso [amamentar] é que me faz sentir mais mulher, sabe? E aí, eu não posso.</i>	<i>7. Atribuindo à amamentação o sentimento de ser mais mulher e estando impedida de praticá-la.</i>	2.4

2.5 <i>E daí eu acho que dói, eu acho que é uma coisa assim que fere.</i>	Expressando sentimentos de dor.	2.5
2.6 <i>Porque é uma coisa assim, que eu não tive culpa por ter pego mas ao mesmo tempo eu tenho culpa porque eu podia ter me cuidado.</i>	8. <i>Expressando sentimentos ambíguos de culpa [e não culpa].</i>	2.6, 2.8, 8.1,8.2, 8.3, 8.4,8.5, 8.9, 13.2
2.7 <i>Aí a minha desculpa, a desculpa que eu tenho pra mim mesma é: mas como é que eu vou adivinhar?</i>	9. <i>Buscando desculpas para si mesma.</i>	2.7
2.8 <i>Mas ao mesmo tempo eu me sinto culpada, tá entendendo?</i>	Sentindo culpa.	2.8
2.9 <i>Mas é uma coisa assim oh, o que eu acho mais... o feminino da mulher é o amamentar, eu acho mais bonito.</i>	Valorizando a amamentação como símbolo de feminilidade da mulher.	2.9
2.10 <i>Tanto é que eu acho bonito uma figura de uma mulher com o peito de fora dando de mamar e não acho bonito uma mulher barriguda.</i>	Considerando bonito uma mulher amamentando e não achando bonito uma mulher barriguda.	2.10
2.11 <i>Eu não sei por que que eu acho mais bonito o peito, o seio.</i>	Desconhecendo o motivo de achar mais bonito o peito.	2.11
2.12 <i>E todo mundo dá de mamar, é claro, eu disfarço o máximo possível...</i>	10. <i>Disfarçando o máximo diante das mulheres que amamentam.</i>	2.12
2.13 <i>Eu já chorei muito, eu já fiquei duas noites chorando a noite inteira, amanhecia chorando, mas eu sempre tentei ser positiva, sempre tentei ser forte, eu chorava muito também dentro do banheiro quando tava tomando banho porque daí meu marido não via, para ninguém ver... Isso só tu que sabes, tá. Só tô contando isso só pra ti. E assim, eu chorei ontem na hora que elas tavam colocando o soro [...]</i>	11. <i>Expressando sentimentos de tristeza.</i>	2.11, 2.15, 2.16, 6.1, 6.2, 6.11, 19.1, 19.6, 18.1, 18.4, 23.11, 17.14
2.14 <i>Eu comecei a chorar porque pra começar tinha uma mulher do meu lado fazendo um escândalo</i>	12. <i>Expressando sentimentos – em relação à outra mulher submetida ao parto normal.</i>	2.14

<i>que era uma coisa, né? E ela ia ter parto normal. Aí eu pensei, não sei como é que pode ela tá fazendo um escândalo e vai ter parto normal e eu tô chorando porque eu quero ter um parto normal e vou passar para cesárea.</i>		
<i>2.15 E também tô chorando ainda porque não vou dar de mamar, porque eu tenho certeza que se fosse parto normal na mesma hora eu podia pegar o bebê no colo, eu podia sair com o bebê andando, podia dar de mamar, se fosse tudo normal.</i>	Expressando sentimentos de tristeza por estar privada do ato de amamentar e de não ter realizado parto normal.	2.15
<i>2.16 Aí comecei a chorar por aquilo e o meu marido chegou eu tava assim com meu olho vermelho, daí ele perguntou: tavas chorando? Não, eu tô é com dor de cabeça. Na verdade eu estava com um pouco de dor de cabeça. Essa menina me deixou nervosa. E ela me deixou tão nervosa, com aquilo, tão nervosa, poxa!</i>	Expressando sentimentos de tristeza e omitindo a verdadeira causa.	2.16
<i>2.17 Aí é que eu lembro do que uma professora dizia pra mim: a gente só dá valor quando não tem; só dá valor à saúde quando tá doente, só dá valor à liberdade quando tá preso. Sabe?</i>	<i>13. Atribuindo valor à liberdade e à saúde só quando se perde ou não se tem.</i>	2.17
<i>2.18 Então a questão da amamentação, é uma coisa assim, que dói, que me machuca.</i>	Expressando sentimentos de dor face à privação do ato de amamentar.	2.18
<i>2.19 Eu me sinto diferente, eu me sinto impotente.</i>	<i>14. Sentindo-se diferente e impotente face à privação de amamentar.</i>	2.19
<i>2.20 Mesmo porque se eu quiser fazer [amamentar], eu posso fazer,</i>	<i>15. Tendo consciência de que pode amamentar, mas reconhecendo que</i>	2.20

<i>mas eu sei que estou fazendo mal... Eu não vou fazer. É uma questão de consciência.</i>	<i>não deve dar o peito.</i>	
<i>2.21 E... assim oh, todo livrinho que eu pego de gestante e coisa... amamente seu filho, amamente seu filho... essa parte eu sempre pulo.</i>	<i>16. Demonstrando dificuldade ao se deparar com material educativo [literatura] que recomenda a amamentação às mulheres.</i>	2.21
<i>2.22 Por que é que nunca falam quando tem HIV?</i>	<i>17. Questionando por que o tema da privação do ato de amamentar para mulheres com HIV não é abordado nos materiais educativos.</i>	2.22
<i>2.23 Pode pegar ali oh, faz favor [solicita que eu] alcance a Agenda da Gestante distribuída pelo Ministério da Saúde. Esse que eu estava lendo e também eu comprei uma revista que está em casa de sugestões de nomes de bebês e grávidas. Até eu tava procurando pra saber se fala alguma coisa de cesárea e vi que falam muito pouco sobre cesariana. Esse aqui [a Agenda da Gestante], também estava vendo, não fala nada, quer ver: cuidados com o bebê, cuidados com as mamas, amamentar é fundamental para o bebê, o trabalho de parto, o pós-parto, aí aqui cuidados com as mamas, não tem como cuidar com as mamas se tiver o HIV.</i>	<i>18. Criticando/identificando a ausência de conteúdos na produção de material educativo referentes à cesariana e aos cuidados direcionados à mulher com HIV que está privada do ato de amamentar.</i>	2.23, 2.24
<i>2.24 Procura alguma coisa na maternidade sobre o HIV. Não tem. Só tem isso aqui oh [aponta para um quadro afixado na parede]: os dez conselhos para obter sucesso no aleitamento materno.</i>	<i>Sentindo falta de material sobre o HIV na maternidade e sugerindo elaborarem.</i>	2.24
<i>2.25 Assim como tem esses cartazes falando dos dez conselhos para o sucesso no aleitamento</i>	<i>21. Percebendo a falta de materiais educativos nos serviços de saúde referente à situação da privação do</i>	2.25

<p>materno, poderia ter um outro falando de dez conselhos para obter sucesso pra você mãe que é portadora do HIV, por que que não? Não que coloquem em todos os quartos mas pelo menos que coloquem na entrada, na portaria, ou então na carteira de vacina do bebê, pelo menos umas três palavrinhas.</p>	<p>ato de amamentar vivenciada pela mulher com HIV e sugerindo a criação de cartaz com dez conselhos para a mulher com HIV obter sucesso na não-amamentação.</p>	
<p>3. ATE</p> <p>3.1 Pra mim não tem assim tanta... tanta importância, mesmo porque eu nunca fui assim muito chegada à amamentação.</p> <p>3.2 Eu nunca me dei bem com a amamentação. É por causa do seio né, eu não tenho bico e também tenho pouco leite, aí eu amamentei pouco tempo.</p> <p>3.3 Pra mim não foi prazeroso amamentar. Senti bastante dor.</p> <p>3.4 O fato de eu não poder amamentar agora, não altera nada.</p>	<p>Negando a importância atribuída à amamentação e justificando seu insucesso na prática de amamentar.</p> <p>22. Reconhecendo que nunca se deu bem com a amamentação.</p> <p>23. Reconhecendo que não foi prazeroso amamentar, sentindo dor.</p> <p>24. Admitindo que a privação do ato de amamentar não altera nada.</p>	<p>3.1</p> <p>3.2</p> <p>3.3</p> <p>3.4</p>
<p>4. CLOTO</p> <p>4.1 Pra mim não... como eu já... antes de eu engravidar eu já sabia que a mãe com HIV positivo não podia amamentar, então... quando eu engravidei eu já... a primeira coisa, né? Eu não vou amamentar.</p>	<p>25. Demonstrando estar consciente de que não vai amamentar.</p>	<p>4.1</p>
<p>4.2 Então não teve muito choque.</p>	<p>26. Percebendo a situação da privação do ato de amamentar como não tendo muito choque.</p>	<p>4.2</p>

<p>4.3 <i>Só a única coisa que eu acho assim que eu notei aqui, depois de ganhar, não no pré-natal, é que assim... podiam dar mais atenção, com o leite pro neném, assim né... Trazer mais, de três em três horas pro neném, assim né? Pro neném, assim... agora, né? Porque antes assim, nada. Só agora que eu notei essa diferença, assim...</i></p> <p>4.4 <i>Porque daí a mãe tá ali amamentando, dá a hora que quer, né? Mas... a outra não pode. Com isso eu fico bem chateada (começou a chorar). Eu fiquei bem chateada com isso. Quando é no peito ah, dá a hora que quer mãe, pra nós ah é de três em três horas [expressou num tom de indignação].</i></p>	<p>27. <i>Criticando a falta de atenção ao fornecimento de leite para o neném; horário de rotina da alimentação do R. N. de 3/3 horas.</i></p> <p>28. <i>Questionando o não-cumprimento e a diferença de horário existente para amamentação no peito – demanda livre X horário fixo para outra modalidade de alimentação.</i></p>	<p>4.3</p> <p>4.4</p>
<p>4.5 <i>Daí hoje de manhã a enfermeira falou pra mim: ãh, ãh, só quando o pediatra passar e o banco de leite abrir. Mas já fazia quatro horas que ela não mamava. Daí eu fiquei assim, né? Daí ele (o pai do bebê) ficou bem nervoso também porque ela chorava, chorava, chorava e não tinha... daí depois logo a moça do banco de leite chegou... foi bem atenciosa, a moça do Banco de Leite.</i></p>	<p>29. <i>Criticando o não-cumprimento do horário de administração de leite para o recém-nascido na maternidade[com frequência passa do horário].</i></p>	<p>4.5</p>
<p>4.6 <i>Eu acho importante a gente ficar na unidade com outras mulheres, porque eu acho que a gente não tem que ser tratada diferente, né?</i></p>	<p>30. <i>Reconhecendo a importância de ser tratada como as outras mulheres.</i></p>	<p>4.6, 4.7</p>
<p>4.7 <i>Não tem que ter tratamento diferenciado.</i></p>	<p><i>Reconhecendo a importância de ser tratada como as outras mulheres.</i></p>	<p>4.7</p>
<p>4.8 <i>Tem que ser tratada igual. Só o cuidado que é diferente. Daí nenhuma assim... Até agora</i></p>	<p>31. <i>Reconhecendo a necessidade de ser tratada igual, embora reconheça que o cuidado é</i></p>	<p>4.8</p>

<p><i>nenhuma assim... quanto ao HIV, nenhuma me... elas respeitam, não falam na frente das outras pacientes. Quanto a isso eu não tive nada.</i></p>	<p><i>diferente.</i></p>	
<p>4.9 A minha preocupação maior é em relação ao leite... É, porque daí ela chora, né? Daí... a gente sabe que às vezes pode ser... Às vezes pode até não ser fome né, mas... a gente queria dar pra ver se era, né? [Falou isso com profundo sentimento de tristeza].</p>	<p>32. Demonstrando preocupação em relação ao leite e profunda tristeza por não poder identificar se o bebê está com fome ou não, já que queria dar o peito para ver se era, mas não pode.</p>	4.9
<p>5. DEMÉTER 5.1 Significa... olha, pra mim não significa muito. Vou ser sincera...</p>	<p>33. Reduzindo a importância atribuída ao significado da privação do ato de amamentar.</p>	5.1
<p>5.2 Os meus outros filhos eu amamentei no hospital, mas não amamentei em casa por causa desse problema que eu tenho, né?</p>	<p>34. Justificando a não-amamentação de filhos anteriores.</p>	5.2
<p>5.3 Eu tenho dificuldade pra ter leite realmente e eu prefiro dar a mamadeira.</p>	<p>35. Reconhecendo que tem dificuldade de ter leite.</p>	5.3
<p>5.4 Porque eu acho que a criança que mama no peito, tem muitas vantagens: por causa dos dentes, por causa da força, por causa disso e por causa daquilo, mas a criança que mama na mamadeira também é saudável, do mesmo jeito. É só dar outras vitaminas e... é... começar a já dar comida com seis meses, cuidar bem, dar fruta e... que a criança é forte também, né?</p>	<p>36. Reconhecendo o valor do leite humano, mas admitindo a qualidade de outro tipo de alimentação infantil, igualmente.</p>	5.4
<p>5.5 E a criança que mama no peito é muito dependente da mãe. Ela é muiito dependente. Por exemplo, se eu for trabalhar. Como é que eu vou trabalhar dando</p>	<p>37. Atribuindo à amamentação uma grande dependência da criança à mãe.</p>	5.3

<p><i>mamar no peito? Então eu acho que é uma dependência muito grande.</i></p> <p><i>5.6 Mas claro, se eu pudesse eu gostaria de dar, mas... não dá, também pra mim não é um bicho de sete cabeças.</i></p>	<p><i>38. Reconhecendo que se pudesse amamentaria.</i></p>	<p>5.4</p>
<p>17. AGLAIA</p> <p><i>17.1 O significado pra mim de não poder dar o peito, é porque eu sou portadora e vou infectar o meu neném.</i></p>	<p><i>39. Reconhecendo o significado da privação do ato de amamentar na sua condição de portadora do HIV e na possibilidade de transmissão para o bebê.</i></p>	<p>17.1</p>
<p><i>17.2 Então eu sabendo que eu vou infectar o meu neném, então eu não quero isso, então eu não quero amamentar.</i></p>	<p><i>40. Reconhecendo o risco de transmissão do HIV através da amamentação, e por isso optando por não amamentar.</i></p>	<p>17.2</p>
<p><i>17.3 Eu por mim mesmo, não quero amamentar.</i></p> <p><i>17.4 Eu quero secar o meu leite.</i></p> <p><i>17.5 Agora, é claro que isso mexe comigo. Mexe muito. Por que meu Deus, como seria bom se eu fosse saudável e pudesse amamentar a minha filha. Pudesse dar o peito pra ela, ver ela mamar, ver que eu tô dando um leite saudável pra ela, né?</i></p>	<p><i>41. Tomando a decisão de não amamentar.</i></p> <p><i>42. Decidindo secar o leite.</i></p> <p><i>43. Reconhecendo a importância da amamentação, mas optando pela privação do ato de amamentar, tendo em vista o risco de transmissão para o bebê.</i></p>	<p>17.3</p> <p>17.4</p> <p>17.5, 13.11, 14.8</p>
<p><i>17.6 Então como aconteceu isso comigo e eu não posso amamentar, o que eu tenho que fazer? É secar o meu leite. Não dar o peito pra ela, pra não prejudicar o meu bebê. É isso Vanda?</i></p>	<p><i>44. Reconhecendo a necessidade da privação do ato de amamentar (de não dar o peito para o filho) e de inibir a lactação por compreender que não pode amamentar para não prejudicar o filho.</i></p>	<p>17.6</p>

<p>17.7 Ah, é como eu tava te falando, né Vanda, esse lado aí. Tu pensas que não dói em mim? Dói meu coração, poxa!</p>	<p>Expressando sentimento de dor por estar privada de amamentar.</p>	<p>17.7</p>
<p>17.8 É lindo amamentar... olha só que criança linda.</p>	<p>Reconhecendo o valor estético da amamentação.</p>	<p>17.8</p>
<p>17.9 Tu querer amamentar... dói o coração, Vanda.</p>	<p>Expressando sentimento de dor por estar privada de amamentar.</p>	<p>17.9</p>
<p>17.10 Poxa, eu querer amamentar minha filha e não poder. Por quê? Porque sou contaminada e de repente a minha filha não ter o vírus e eu vou contaminar a minha filha?</p>	<p>Querendo amamentar, mas reconhecendo que não pode pelo risco de transmissão do HIV.</p>	<p>17.10</p>
<p>17.11 Por isso que eu prefiro mesmo. Eu já tomei injeção hoje pra secar o meu leite.</p>	<p>Tomando injeção para secar o leite.</p>	<p>17.11</p>
<p>17.12 Dói no coração da gente, a gente querer dar o peito, dar de mamar, e não poder dar, Vanda é triste!</p>	<p>Expressando sentimento de dor face à privação do ato de amamentar.</p>	<p>17.12</p>
<p>17.13 Uma criança linda dessa, pô... não poder botar o peitinho na boca dela, dar de mamar, amamentar ela, vê ela mamando né, e eu não poder dar o peito?</p>	<p>Sentindo frustração por não poder amamentar.</p>	<p>17.13</p>
<p>17.14 Isso é triste Vanda. Isso dói, porque saber que se tu der tu vai contaminar a criança. Então...</p>	<p>Expressando tristeza por estar privada do ato de amamentar pela possibilidade de contaminar a filha.</p>	<p>17.14</p>
<p>17.15 Então não vou dar pra não contaminar a criança.</p>	<p>Decidindo não amamentar para não contaminar a filha.</p>	<p>17.15</p>
<p>9. ATENA 9.1 Eu acho que não poder amamentar é tu não poder tá é... usando, digamos assim, mais um</p>	<p>45. Reconhecendo que a privação do ato de amamentar se constitui num obstáculo para a transferência</p>	<p>9.1, 12.1, 14.5</p>

<p><i>instrumento de tá passando afetividade, o amor pro teu filho.</i></p>	<p><i>de afetividade e amor para o filho.</i></p>	
<p><i>9.2 Embora eu saiba que existem outras formas, né, mas assim eu sei o quanto esse... esse primeiro contato, é claro, na vida pós-uterina, né, o quanto isso é importante, pra criança e pra gente enquanto mãe, né? E daí não podendo, a gente busca outras formas de tá... né, passando esse amor, esse carinho que a gente tem pela criança, né. Então isso não... não impede.</i></p>	<p><i>46. Transcendendo a condição de estar privada da liberdade de escolha para o ato de amamentar – buscando outras formas (estratégias) de passar amor e carinho para o filho.</i></p>	<p>9.2, 11.5, 11.6, 12.6</p>
<p><i>9.3 Eu penso em fazer isso conversando, né, dialogando, eu vou contar para os meus filhos quando eles tiverem numa idade... No começo ele achava que eu não devia contar, né, mas quando eu achar que eles têm uma idade pra entender, né, eu vou contar pra eles que eu tenho, justamente para que eles é... dêem continuidade a essa preocupação que eu tive de não passar pra eles e que eles se cuidem, se preservem, né, pra que não aconteça o mesmo com eles, né?</i></p>	<p><i>47. Reconhecendo a necessidade de estabelecer diálogo com os filhos e de identificar o momento certo de falar que é portadora de HIV para os mesmos.</i></p>	<p>9.3</p>
<p><i>9.4 Esse psicólogo que eu procurei, eu cheguei a contar isso pra ele, né, e ele me deu essa orientação... ele me perguntou isso: se quando eu dava mamadeira pra ele, eu acalentava ele no colo, trazia, né, a posição da mamadeira, que isso era importante tanto pra mim quanto pra criança, né, e em algumas vezes eu tenho feito isso e daí sabe o que que... agora me fez lembrar, a faixa.</i></p>	<p><i>48. Recebendo orientação sobre a importância de oferecer alimentação infantil para o filho de modo ativo e afetivo.</i></p>	<p>9.4</p>

<p>9.5 <i>Se isso não acaba... dificultando o contato com o bebê. Então, assim oh, desde... desde de... eu já tinha pedido pra minha médica o nome do medicamento, ela não havia me dado ainda, daí eu pedi aqui eu acho que ela acabou não... não prescrevendo, é claro correria, plantão, né, e aí perguntei pra várias enfermeiras, porque... elas disseram: ah, quando vocês saírem daqui, vocês tomam a injeção. Mas eu não queria tomar só quando saísse daqui, eu já queria tomar antes pra ele já ir secando pra não precisar usar essa faixa. Mas não, por estar preocupada comigo, mas pra quando eu pegar esse bebê no colo, não tem problema de... contato pele a pele...</i></p>	<p>49. <i>Atribuindo ao enfaixamento da mama a dificuldade de contato pele a pele mãe/filho – sugerindo o uso de injeção para secar o leite logo após o parto e não no momento da alta.</i></p>	<p>9.5</p>
<p>9.6 <i>Eu me lembrei também de outra coisa, é... uma situação que parece que a gente é experimentada o tempo inteiro, né?</i></p>	<p>50. <i>Sentindo-se experimentada o tempo inteiro.</i></p>	<p>9.6</p>
<p>9.7 <i>Do meu outro filho, que eu tomo banho junto com ele, ele me vê trocando de roupa, e agora com a coisa do maninho, as pessoas dizendo que ah, ele é bebê, ele vai mamar... tu não mama mais... Ele veio pedir pra mamar. E aí, não foi fácil eu ter que dizer pra ele. Claro, eu tinha que dizer com uma linguagem que ele entendesse, né. Aí o que eu usei foi: filho, olha só, a mãe não quer dois bebês, a mãe precisa ter um bebê e um menino. Por quê? Porque o menino vai ser o companheiro da mãe, o menino já conversa com a mãe, pode dar uma ajuda pra mãe e o bebezinho ainda não pode fazer nada disso. Então eu quero só um bebê, que vai</i></p>	<p>51. <i>Sentindo-se experimentada o tempo todo e utilizando estratégias de enfrentamento face ao comportamento do outro filho.</i></p>	<p>9.7</p>

<p><i>ser neném e eu quero você que é o meu menino, que é muito importante pra mim... Aí ele aceitou.</i></p>		
<p>9.8 <i>Eu fui ver agora a injeção, é 60 reais. E... claro, assim eu não sou rica mas hoje assim, 60 reais, eu vou precisar tá aplicando, por exemplo, no leite do bebê, que provavelmente vai ser o Nan.</i></p>	<p>52. <i>Desconhecendo o programa de distribuição do leite.</i></p>	<p>9.8</p>
<p>9.9 <i>Então eu vou perguntar pra enfermeira, se não tem alguma outra... outra coisa similar.</i></p>	<p>53. <i>Necessitando de orientação profissional na busca de outras alternativas para a inibição da lactação.</i></p>	<p>9.9</p>
<p>19. AFRODITE 19.1 <i>Eu acho... bem triste não poder amamentar. É aquilo que eu te falei.</i> 19.2 <i>Eu tenho certeza que eu seria uma boa mãe que iria amamentar legal.</i></p>	<p><i>Sentindo tristeza por não poder amamentar.</i> 54. <i>Relacionando ser boa mãe com a amamentação.</i></p>	<p>19.1 19.2</p>
<p>19.3 <i>Porque eu já me alimentava com comidas boas mesmo né, ia sair um leite bem produtivo e bom pro neném, eu tenho certeza.</i></p>	<p>55. <i>Associando a boa alimentação à qualidade do leite produzido.</i></p>	<p>19.3</p>
<p>19.4 <i>Aí eu ouço as outras ali tapadonas ali, aí, eu não quero, pra não engordar, aí, não sei o que..., aí, o meu seio isso...</i></p>	<p>56. <i>Sentindo indignação diante de outras mulheres que podem amamentar e que ficam apresentando desculpas para não fazê-lo.</i></p>	<p>19.4</p>
<p>19.5 <i>E assim por exemplo, tipo o meu seio, seria bem bom pra amamentar, até o bico, eu não preciso nem fazer nada... Seria maravilhoso, a minha tristeza é isso, bah, sabendo que... ia ser bem bom pra amamentar e não poder por causa da doença, né?</i></p>	<p>57. <i>Expressando sentimento de tristeza por reconhecer que poderia ser uma ótima nutriz, mas que está privada do ato de amamentar devido à sua condição de portadora do HIV.</i></p>	<p>19.5</p>

<p>19.6 <i>Eu acho triste não amamentar porque isso já vem de séculos atrás, né?</i></p> <p>19.7 <i>Todo mundo amamenta e chegar agora essa geração aí do HIV e ninguém poder amamentar. Aí eu fico com aquilo lá, eu acho que a mulher não amamenta, agora que eu não sabia disso, né, que a mulher que não amamentava todo mundo podia saber que ela tinha HIV, eu não... não sabia.</i></p>	<p><i>Expressando sentimento de tristeza face à privação do ato de amamentar.</i></p> <p>58. <i>Demonstrando preocupação com a geração do HIV que impede a mulher de amamentar, e com isso levando as pessoas a saber que a mesma tem o HIV.</i></p>	<p>19.6</p> <p>19.7</p>
<p>19.8 <i>Em qualquer canto hoje em dia tu vê falando do aleitamento materno, até se tiver um poste de praça, seja o que for tem um papelzinho indicando que o aleitamento é bom, o materno, que a mãe tem que amamentar até os seis a dois anos... Aquilo ali é que mata... pra quem tem o HIV é bem complicado.</i></p>	<p><i>Sentindo grande dificuldade ao se deparar com propaganda sobre a importância e duração da amamentação.</i></p>	<p>19.8</p>
<p>6. HERA</p> <p>6.1 <i>Eu não poder amamentar significa que é muito triste, só isso.</i></p>	<p><i>Expressando sentimento de tristeza por não amamentar.</i></p>	<p>6.1</p>
<p>6.2 <i>Não tem outro significado. Eu acho triste, acho muito triste!</i></p>	<p><i>Reconhecendo um único significado para a privação do ato de amamentar: é muito triste, é triste.</i></p>	<p>6.2</p>
<p>6.3 <i>É triste, mas é... a gente... eu não posso dar de mamar, mas eu posso dar carinho pra ele, eu posso dar amor pra ele, eu posso tá sempre com ele... então também não é... não é um bicho-de-sete-cabeças não.</i></p>	<p>59. <i>Ressignificando a privação do ato de amamentar.</i></p>	<p>6.3</p>
<p>6.4 <i>Não é não. Não é não porque... não é uma coisa que tá me incomodando. Não tá me incomodando não. Não tá me</i></p>	<p>60. <i>Dando bastante carinho para o filho para compensar o fato de estar privada do ato de amamentar.</i></p>	<p>6.4</p>

<p><i>incomodando porque eu vou lá, dou bastante carinho pra ele, eu converso com ele, e ele indo pra casa eu vou dar mais carinho ainda pra ele, só que eu não posso esquecer que eu tenho outro filho que precisa de mim também. Dois, né?</i></p> <p><i>6.5 Só que o meu de cinco precisa muito também de mim. E... na verdade esse tem um pai, mas é aquela coisa carinho de mãe nunca é substituído. Mas...</i></p>	<p><i>61. Reconhecendo que carinho de mãe é insubstituível.</i></p>	<p>6.5</p>
<p><i>6.6 Eu acho que pra quem nunca amamentou mesmo, é muito triste!</i></p>	<p><i>62. Reconhecendo que para quem nunca amamentou, é muito triste não amamentar.</i></p>	<p>6.6, 6.9, 6.10</p>
<p><i>6.7 Pra quem não amamentou é um sonho, porque não sabe, né, o que é sentir aquela sensação de tá amamentando, aquela coisa, né?</i></p> <p><i>6.8 Mas pra gente que já amamentou, a gente já sabe qual é a sensação. Então... tem horas assim que até incomoda.</i></p>	<p><i>63. Identificando a amamentação como um sonho para aquelas mulheres que nunca amamentaram.</i></p> <p><i>64. Identificado a amamentação como sendo às vezes incômoda para aquelas mulheres que já amamentaram.</i></p>	<p>6,7</p> <p>6.8</p>
<p><i>6.9 Sabe, a mãe com... a gente com leite assim no seio, e tudo... e pingando e suja toda roupa, então eu penso assim... Então pra mim é mais cômodo até não amamentar... não amamentar. Mas... isso no meu caso que já amamentei, né?</i></p>	<p><i>65. Reconhecendo alguns momentos da amamentação como incômodos e admitindo ser mais cômodo não amamentar.</i></p>	<p>6.9</p>
<p><i>6.10 Agora a mãe que nunca amamentou é muito triste, porque ela não sabe a sensação, né... aquela coisa de tá...</i></p>	<p><i>Reconhecendo como muito triste a privação do ato de amamentar para mulheres com HIV que nunca amamentaram.</i></p>	<p>6.10</p>
<p><i>6.11 É a mesma coisa querer namorar... querer ter o primeiro</i></p>	<p><i>Considerando a privação do ato de amamentar triste para quem nunca</i></p>	<p>6.11</p>

<p><i>namorado... então quer dizer, tudo a gente tem que ter... tem que conhecer né, tem que ter passado primeiro e aí quem nunca passou vai sempre ter aquela frustração, né. Então, aí é triste.</i></p> <p><i>6.12 Mas pra quem já amamentou, não é triste não [risos].</i></p>	<p>amamentou [...]</p> <p><i>66. Reconhecendo que para quem já amamentou não é triste.</i></p>	<p>6.12</p>
<p>7.AIDOS</p> <p><i>7.1 Agora nessa gravidez pra mim está sendo bem estranho, porque na primeira eu amamentei... foi pouco tempo... pra mim foi pouco tempo, dois meses... mas eu tive aquele contato, né, interno com meu filho, né?</i></p>	<p><i>67. Sentindo a gestação atual como bem estranha porque na primeira amamentou.</i></p>	<p>7.1</p>
<p><i>7.2 Eu amamentei, cada hora que ele chorava de madrugada ou quando ele queria mamar eu já dava mamazinho pra ele, já tirava o peito, tudo... Não... não fui de... pelo menos durante esses dois meses eu não dei nenhuma outra comida pra ele, né? Depois que ele foi acostumando com outro leite, com outra comida.</i></p>	<p><i>68. Descrevendo sua experiência anterior com a amamentação.</i></p>	<p>7.2</p>
<p><i>7.3.E agora...dessa aqui não, eu já vou ter que começar desde o comecinho... vou ter que tá dando outra coisa, vou ter que fazer tratamento, é tudo mais uma... mais seis meses de tratamento pra ela não pegar a doença... É um...fazer o que?</i></p>	<p><i>69. Identificando a diferença do tipo de alimentação e a necessidade de tratamento do neném para não pegar a doença.</i></p>	<p>7.3</p>
<p>8. HÉSTIA</p> <p><i>8.1 É um peso na consciência.</i></p>	<p><i>Sentindo um peso na consciência.</i></p>	<p>8.1</p>
<p><i>8.2 É assim de eu... de eu ter... assim, deixar acontecer isso e agora não poder...</i></p>	<p><i>Sentindo culpa.</i></p>	<p>8.2</p>

<p>8.3 <i>Que se eu amamentar vai ser um peso na consciência.</i></p>	<p><i>Admitindo ficar com um peso na consciência se amamentar.</i></p>	<p>8.3</p>
<p>8.4 <i>Como eu não poder amamentar é outro peso na consciência.</i></p>	<p><i>Identificando outro peso na consciência se não amamentar.</i></p>	<p>8.4</p>
<p>8.5 <i>Tá entendendo o que eu tô querendo dizer? Assim, se eu... mesmo sabendo que tinha, não... assim... ah, já que tem eu vou dar, aí eu ia me sentir culpada como também tô me sentindo culpada por não poder amamentar ele já que o meu outro mamou até dois anos, é forte sadio e tudo né... então é pra mim é isso, de eu tá vendo ela mamando de outras pessoas... leite de outras pessoas e não mamar o meu, né? [começa a chorar].</i></p>	<p><i>Sentido-se culpada por não poder amamentar e ver a filha recebendo leite de outras mães.</i></p>	<p>8.5</p>
<p>8.6 <i>Por que que ela tem que tomar de outra pessoa?</i></p>	<p>70. <i>Expressando sentimentos de dúvida em relação ao leite que a filha está recebendo de outras mães.</i></p>	<p>8.6</p>
<p>8.7 <i>Será que ela sente que é de outra pessoa?</i></p>	<p>71. <i>Questionando se a filha sente que o leite é de outra pessoa.</i></p>	<p>8.7</p>
<p>8.8 <i>Quando eu vejo uma mãe amamentando aqui na unidade eu me sinto assim... menos do que ela, porque ela teve o mesmo parto que eu e tudo e só porque ela tá amamentando e eu não, e eu me sinto assim... inferior, assim, né. Mais ou menos isso, eu não sei se é isso, assim... não tem?</i></p>	<p>72. <i>Sentindo-se inferior diante de uma mãe que está amamentando na unidade.</i></p>	<p>8.8</p>
<p>8.9 <i>E... e culpada também de... de não tá dando pro neném, né. Culpada assim... pelo fato por ela tá mamando de outras pessoas podendo ter o meu, né?</i></p>	<p><i>Sentindo-se culpada por não estar amamentando e seu filho estar recebendo leite de outras mães.</i></p>	<p>8.9</p>

<p>8.10 <i>Eu acho bonito a mãe amamentar né, a criança assim... Como tinha uma propaganda de uma criança, que a mãe amamentava e a criança com os olhinhos, assim... que eu achava bonito. Os olhinhos assim do neném... pra cima, né?</i></p>	<p>Reconhecendo o valor estético da amamentação.</p>	<p>8.10</p>
<p>16. ÁRTEMIS 16.1 <i>É doído não poder dar o peito (falou bem baixinho). Dói lá dentro, de não poder assim... tirar o peito e... e dar de mamar. Dói muito, muito, muito, muito.</i></p>	<p>Expressando sentimento de dor profunda em não poder dar o peito.</p>	<p>16.1</p>
<p>16.2 <i>Uma coisa que é deles e eles não podem... né? Porque é uma coisa que é deles. A partir da hora que tu gera um filho e que ele nasce, aquilo ali não é mais teu. Aquilo ali é dele e ele não tá podendo... ah... aproveitar... o seio, né?</i></p> <p>16.3 <i>Porque uma coisa assim... é um momento que... é... é... longo, mas se torna tão rápido a amamentação, né? Quando tu vê (estalou os dedos) pronto, a criança parou de mamar por si. Não quer mais o peito, né? Eu sei porque eu passei por isso dez anos, né? E... é rapidinho. Uma coisa que tu não pode fazer mais assim... nem com ele, nem com ela, nem com outros, nem com... né?</i></p>	<p>73. <i>Reconhecendo o peito como pertencendo ao filho, mas sabendo que está impedido de aproveitar.</i></p> <p>74. <i>Percebendo a amamentação como algo que não poderá fazer mais.</i></p>	<p>16.2</p> <p>16.3</p>
<p>16.4 <i>Tu não podes nem tirar pra aproveitar... né? Mandar pra um banco de leite, mandar... né?</i></p>	<p>75. <i>Desconhecendo a possibilidade de pasteurizar o leite e aproveitá-lo.</i></p>	<p>16.4</p>
<p>10. ANANKE 10.1 <i>É foi que nem eu disse. Pra mim, eu... sei lá, o seio é a coisa mais importante pra uma criança.</i></p>	<p>76. <i>Reconhecendo o seio como a coisa mais importante para uma criança.</i></p>	<p>10.1</p>

10.2 Mamadeira pra mim... eu não dou valor pra mamadeira.	77. Reconhecendo que a mamadeira não tem valor.	10.2
10.3 Eu dou assim a mamadeira pro meu filho, é claro, eu sinto que ele tá com fome, eu dou assim... faço aquela mamadeira assim que ele mama com tanta vontade, mas parece que ele não se satisfaz tanto quanto ao peito.	78. Oferecendo a mamadeira para o filho, mas percebendo que ele não se satisfaz quanto ao peito.	10.3
10.4 Que nem eu digo, às vezes, eu fico até... na verdade, com... com inveja de ver uma mulher amamentando o filho. Aí eu sempre penso assim, poxa eu tive três com esse e nunca vou poder amamentar.	79. Expressando sentimento de inveja diante de uma mãe amamentando – teve três filhos e nunca vai poder amamentar.	10.4
10.5 Aí então eu fico assim, porque o meu sonho, que nem eu falei, o meu sonho era ter um filho pra mim poder amamentar.	80. Reconhecendo que seu sonho era ter um filho e amamentar.	10.5
10.6 Porque a coisa mais linda que eu acho é uma quando o bebê chora e a mãe tira o seio e dá pra ele... é uma anestesia.	Reconhecendo o valor estético da amamentação.	10.6
10.7 Então, sei lá eu pra mim... que nem eu digo, então eu quase não... não... Eu penso assim e já tiro da cabeça, pra não ficar me judiando, sabe? Porque isso judia da pessoa. Isso judia, nossa! Pra mim também que sou mãe três vezes, isso judia muito.	81. Percebendo que ficar pensando na privação de amamentar judia a pessoa.	10.7
10.8 Então... Pra mim, o peito é tanto um pedaço da mãe quanto do filho.	82. Percebendo o peito tanto como um pedaço da mãe quanto do filho.	10.8
10.9 Eu acho assim, que sem o peito o filho não vive.	83. Reconhecendo que sem o peito o filho não vive.	10.9

<p>10.10 <i>É um pedaço da mãe que ele precisa sempre.</i></p>	<p>84. <i>Reconhecendo o peito como um pedaço da mãe que a criança precisa sempre.</i></p>	<p>10.10, 14.6, 15.4</p>
<p>10.11 <i>É que nem um pedaço do coração da mãe que o filho sempre vai estar ali.</i></p>	<p>85. <i>Comparando o peito com um pedaço do coração da mãe, onde o filho sempre vai estar ali.</i></p>	<p>10.11</p>
<p>10.12 <i>Então eu acho assim, tirando o seio do filho é... tirar o filho do coração... é tirar um pedaço do coração. Eu pra mim, eu acho isso.</i></p>	<p>86. <i>Comparando a privação do ato de amamentar como tirando o filho do coração, tirando um pedaço do coração.</i></p>	<p>10.12</p>
<p>10.13 <i>Então é... Eu pra mim, tenho que me contentar assim mesmo. Tenho que me contentar, tenho que... Eu sei que é pro bem deles, né, eu não vou... não vou tentar dar o seio pra... pra fazer o mal pra eles. Eu sei que é pro bem deles, eu não poder amamentar. Tenho que me contentar e...</i></p>	<p>87. <i>Tendo que se contentar em não dar o peito.</i></p>	<p>10.13</p>
<p>10.14 <i>Claro que não vou deixar morrer de fome, tenho que dar a mamadeira, mas pra mim a mamadeira não... não tem valor na verdade. A mamadeira assim pra mim não tem valor. Pra mim é isso.</i></p>	<p>88. <i>Reconhecendo a mamadeira como não tendo valor.</i></p>	<p>10.14</p>
<p>11. ÁTROPOS 11.1 <i>É um significado bem diferente, né?</i></p>	<p>89. <i>Reconhecendo a privação do ato de amamentar como tendo um significado diferente.</i></p>	<p>11.1</p>
<p>11.2 <i>Bem diferente, bem difícil pra se entender e se aceitar, né?</i></p>	<p>90. <i>Percebendo a privação do ato de amamentar como algo bem diferente, bem difícil para se entender e aceitar.</i></p>	<p>11.2</p>
<p>11.3 <i>Mas eu tenho consciência que se eu for fazer a coisa contra, e querer teimar, e achar que tô certa e correta e vou amamentar, eu vou tá prejudicando ela.</i></p>	<p>91. <i>Tendo consciência de que se for insistir em amamentar vai prejudicar a filha.</i></p>	<p>11.3</p>

<p>11.4 Então eu prefiro me conscientizar de que eu não posso, que não é como a outra nem como o outro né, e... e fazer realmente o procedimento pela mamadeirainha, bonitinho e ver ela ter uma vida normal, né?</p>	<p>92. Estando consciente da necessidade da privação do ato de amamentar.</p>	<p>11.4</p>
<p>11.5 Dar a ela uma vida normal, da forma que ela tem direito. Eu vou procurar compensar, cumprindo com aquele horário de não deixar faltar o leite dela, de tá sempre bem aquecidinha, né, de poder complementar alguma outra coisa junto, pra não deixar que ela sinta falta daquela substância, né?</p>	<p>Buscando estratégias para compensar a falta da amamentação.</p>	<p>11.5</p>
<p>11.6 E dar todos os cuidados, o mais... mais possível ainda, ou mais que você tem que dar mesmo, que é o normal né, e dar toda aquela coisa... aquela proteção de mãe, né? A proteção de mãe que eu digo, é em geral: alimentação, cuidado, saúde, né?</p>	<p>Buscando estratégias para compensar a falta da amamentação.</p>	<p>11.6</p>
<p>12. NIKE 12.1 Não poder amamentar pra mim significa... eu acho, menos carinho pra criança, uma forma de dar menos carinho, né?</p>	<p>Percebendo a privação do ato de amamentar como uma forma de dar menos carinho para a criança.</p>	<p>12.1</p>
<p>12.2 Porque a criança que é amamentada no peito da mãe, ela se sente mais protegida, mais amada... eu acho assim, né, mais amada.</p>	<p>93. Reconhecendo que a criança que é amamentada no peito da mãe se sente mais protegida e amada.</p>	<p>12.2</p>
<p>12.3 E a criança assim que não mama no peito, fica assim... mais rebelde... mais... no ponto de ver, né?</p>	<p>94. Reconhecendo que a criança que não mama no peito fica mais rebelde.</p>	<p>12.3</p>
<p>12.4 As coisas... a criança que é amamentada no seio direto com a mãe, direto, contato ali com a mãe, é uma criança mais calma, bem</p>	<p>95. Reconhecendo que a criança que é amamentada no seio direto com a mãe, é mais calma, mais amadinha.</p>	<p>12.4</p>

<p><i>mais calma, mais amadinha, é assim que eu vejo.</i></p>		
<p><i>12.5 Então pra mim não poder dar o peito pro meu filho é uma tristeza, né, porque assim a gente não poder dar... dar o que a gente tem, pros filhos que todas as outras mães dão, né, isso é muito triste, né?</i></p>	<p>Reconhecendo a privação do ato de amamentar, em que a mãe não pode dar o que as outras mães dão para seus filhos, como uma tristeza.</p>	<p>12.5</p>
<p><i>12.6 Mas fazer o que né, é a lei da vida: não pode, não pode. Já que eu não posso dar o peito, eu quero dar bastante carinho, bastante atenção, né? Conversar bastante com ele, ser bem atenciosa com ele.</i></p>	<p>Utilizando estratégias para compensar a impossibilidade de amamentar.</p>	<p>12.6</p>
<p>13. IRINA <i>13.1 Ah, o que significa pra mim? Não amamentar é... é como se eu não... não pudesse ajudar assim uma pessoa que tá passando necessidade, dá pão pra uma pessoa, é a mesma coisa. Pra mim é isso.</i></p>	<p><i>96. Comparando a privação do ato de amamentar como não podendo ajudar uma pessoa que se encontra em necessidade.</i></p>	<p>13.1, 13.3</p>
<p><i>13.2 A gente fica triste porque... né, chegar nos quartos ver... ver as mães amamentando e... aquilo vem na mente da gente, a gente não pode amamentar, né?</i></p>	<p><i>97. Ficando triste ao chegar nos quartos e pensar que não pode amamentar.</i></p>	<p>13.2</p>
<p><i>13.3 É a mesma coisa que... que não dar um pedaço de pão pra uma pessoa que tá precisando pra comer. Pra mim é isso. Só que... de um lado eu penso assim, né?</i></p>	<p>Considerando a privação do ato de amamentar como semelhante ao gesto de não dar um pão para uma pessoa que está precisando.</p>	<p>13.3</p>
<p><i>13.4 Mas também se eu for amamentar... né, como eu já disse, eu posso até tirar a vida do meu filho, então mais vale eu criar ele sem o peito né, do que eu dar</i></p>	<p><i>98. Tomando consciência de que se amamentar o filho pode tirar a vida dele, e optando por não amamentar.</i></p>	<p>13.4</p>

<i>mamar e tirar a vida dele. Pra mim é isso, entendesse?</i>		
<i>13.5 Porque assim... às vezes a gente vai num lugar que tem mãe, que pode amamentar e não quer, né? E a gente, quer dizer, eu não posso chegar pra aquela pessoa e dizer: ah, amamenta porque eu sou portadora do vírus do HIV e eu não posso amamentar, e tu podes, né? Porque tem pessoas que... se a gente falar isso vai entender e é capaz até de amamentar, mas tem umas que não, né, já não vão nem...</i>	<i>99. Sentindo medo do preconceito.</i>	13.5
<p><i>13.6 Porque tem muitas mães que não gostam de amamentar os filhos. Tem. Tem muitas. É mais pra não amamentar do que pra amamentar, né?</i></p> <p><i>13.7 E eu não, graças a Deus eu amamentei aquela minha de doze anos, até três anos. E ela mesma é que largou mesmo porque, eu gostava de amamentar ela porque o leite é saudável né pra criança, né? Já sai direto... direto do peito da gente né?</i></p>	<p><i>100. Percebendo a existência de muitas mães que não gostam de amamentar.</i></p> <p><i>101. Relatando sua experiência positiva anterior com a amamentação.</i></p>	13.6 13.7
<i>13.8 É uma coisa que é... uma coisa limpa. Não é?</i>	<i>102. Percebendo a amamentação como uma coisa limpa.</i>	13.8
<i>13.9 A gente não tá colocando numa panela... porque tem pessoas que não passam uma água na panela já vai botando aquele leite ali e já vai dando pra criança. E o leite materno não, né? Já sai dali, não precisa tá lavando, não precisa né, tá fervendo, já vai... é vitamina, é saúde pra criança né?</i>	<i>103. Reconhecendo a praticidade, vantagens higiênicas e nutricionais da amamentação e comparando com as desvantagens do preparo da mamadeira.</i>	13.9
<i>13.10 Então... eu fico triste por causa disso, porque eu sei que</i>	<i>104. Comparando o leite materno com o leite de mamadeira.</i>	13.10

<p>esses leites, dão cólica na criança... esses leite de... leite Nan, qualquer leite dá... dá cólica na criança. Agora o leite materno não, né? Sustenta, dá saúde pra criança, a criança às vezes né, fica aborrecida quando ganha uma vacina, aí a gente vai ali dá mamar, agora já se for uma mamadeira já não quer.</p>		
<p>13.11 Como é que a gente vai forçar, né? Não tem como, né? Tudo isso. O leite materno tem uma grande vantagem por causa disso, né, e... mas eu não posso dar, né, então...</p>	<p>Reconhecendo as vantagens da amamentação, mas tendo consciência de que não pode amamentar.</p>	<p>13.11</p>
<p>24. MÉTIS 24.1 Eu não poder dar o peito pra mim, significa assim... um grande descuido da minha parte, né, porque se eu soubesse que o meu marido andava assim na coisa... eu tinha me cuidado, né.</p>	<p>105. Reconhecendo o significado da privação do ato de amamentar como um grande descuido.</p>	<p>24.1</p>
<p>24.2 Também não teria chegado num ponto e ter ficado... passado, pra ficar grávida, pra ter ela agora e tá... Porque se fosse hoje, se eu tivesse... se eu não tivesse ela, eu também não sabia que eu tinha, tava levando a vida a vida sem saber... E agora tá aí esse transtorno todo na minha vida.</p>	<p>106. Reconhecendo que se soubesse de sua condição de portadora do HIV não teria engravidado, mas admitindo que se não tivesse engravidado, não saberia que é portadora do HIV.</p>	<p>24.2</p>
<p>24.3 O fato de eu não poder amamentar me dói muito.</p>	<p>Expressando sentimentos de dor intensa face à impossibilidade de amamentar.</p>	<p>24.3</p>
<p>24.4 Saber que eu vou lá em cima no berçário, vejo as mães lá amamentando né, eu vejo elas amamentando as criancinhas delas.</p>	<p>107. Percebendo outras mães amamentando.</p>	<p>24.4</p>
<p>24.5 E agora eu vou lá em cima e</p>	<p>Aprendendo cuidar e alimentar o</p>	<p>24.5</p>

<p><i>vou aprender a dar o remedinho dela e o leitinho, aprender a lidar com ela agora.</i></p>	<p>filho.</p>	
<p><i>24.6 Não poder amamentar é muito doloroso, meu Deus [minuto de silêncio].</i></p>	<p>Reconhecendo a privação do ato de amamentar como algo muito doloroso.</p>	<p>24.6</p>
<p><i>24.7 Olha, eu acho que se eu tivesse amamentando eu não tava tão arrasada. Se fosse o caso, se a gente pudesse amamentar né, dar o leite pra ela...</i></p>	<p><i>108. Reconhecendo a amamentação como suporte emocional para si própria.</i></p>	<p>24.7</p>
<p>14. AGLÉIA</p> <p><i>14.1 Ontem... de madrugada ele começou a chorar, chorar, chorar, ele tava deitado aqui [junto com ela] e eu sentia que ele tava procurando.</i></p> <p><i>14.2 Aí eu comecei a chorar. Aí... aí ele não parava, não parava, não parava, eu levantava aí eu fui lá, eu pedi pra... chamar né, que eu acho dar mamar na seringa pra ele, eu acho assim... não é legal.</i></p> <p><i>14.3 Aí assim... dá aquele aperto no coração. Porque tu sabes que tu tens leite, e tu não poder amamentar... É difícil... Aí ele abria a boquinha... Eu sabia que ele tava procurando e ele parecia que sabia que tava aqui, porque ele vinha com a cabeça aqui [apontou pra mama].</i></p> <p><i>14.4 Aí onde eu peguei e deixei ele chorando aqui no bercinho, embalei, embalei aí ele dormiu. Aí as nove [vinte e uma horas] ele começou a chorar de novo. Porque ele sente falta, né? Aí...</i></p>	<p><i>109. Percebendo que o bebê estava procurando o peito.</i></p> <p><i>110 Posicionado-se contrária ao uso da seringa para dar leite para o bebê.</i></p> <p><i>111. Sentindo que o bebê quer sugar o peito e não podendo dar.</i></p> <p><i>112. Percebendo que o bebê sente falta do peito.</i></p>	<p>14.1</p> <p>14.2</p> <p>14.3</p> <p>14.4</p>

<p>14.5 <i>Eu não poder dar o peito pro meu filho pra mim, significa não dar todo amor que eu poderia dar a ele. Eu acho isso, né? Porque apesar... ali é um contato, que ele ia ter comigo... a mais. E tem, tem contato, tem meu carinho... Mas é um contato a mais, aonde... ia ajudar ele a sobreviver, a não pegar assim... porque o leite materno... ele... como é que eu poderia dizer, ele protege. Eu acho assim...</i></p>	<p><i>Percebendo a privação do ato de amamentar como um impedimento de dar amor para o filho.</i></p>	<p>14.5</p>
<p>14.6 <i>É um pedaço de mim que não tá indo com ele.</i></p> <p>14.7 <i>E isso me dói. Dói muito.</i></p>	<p><i>Percebendo a privação do ato de amamentar como um pedaço de si que não está indo com ele [...]</i></p> <p><i>[...] e sentindo dor.</i></p>	<p>14.6</p> <p>14.7</p>
<p>14.8 <i>Eu queria amamentar e não posso. Mas se é pro bem dele.</i></p>	<p><i>Sentindo vontade de amamentar, mas tendo a consciência que não pode.</i></p>	<p>14.8</p>
<p>14.9 <i>Depois assim que eu vim pro quarto eu não vi ainda nenhuma mãe amamentando, mas eu acho que quando eu encontrar alguma mãe amamentando, eu vou... eu não vou conseguir ficar olhando, vou pegar e vou sair. Que aí eles vão ver o meu também pequenininho e eu não vou tá amamentando...</i></p>	<p><i>113. Prevendo dificuldade de encarar uma mãe amamentando.</i></p>	<p>14.9</p>
<p>15. HYBRIS</p> <p>15.1 <i>Ah, eu sinto falta, né? Porque eu acho que seria... porque amamentar é onde que ele se apega mais ainda com a mãe, né?</i></p> <p>15.2 <i>E... ah, eu tô sentindo falta, muita falta disso.</i></p> <p>15.3 <i>Hoje é que eu dei o leitinho pra ele, né? Ele tá tomando na</i></p>	<p><i>114. Percebendo a amamentação como uma forma de construir apego.</i></p> <p><i>115. Sentindo falta de amamentar.</i></p> <p><i>116. Dando o alimento para o neném com mamadeira.</i></p>	<p>15.1</p> <p>15.2</p> <p>15.3</p>

<p><i>mamadeirinha. Hoje que eu dei. Tá, tá aceitando. Eu acho que o horário tá bom, eu só não quero que ele acostume muito é na noite. Pra ele não se viciar [sorrisos]. Pra mamãe dormir né, filho.</i></p>		
<p>15.4 <i>Eu gostaria de estar amamentando, mas já que não é possível, né?</i></p>	<p>116. <i>Expressando desejo de estar amamentando.</i></p>	<p>15.4</p>
<p>14.10 <i>Não dar o peito pro meu filho, significa tirar um pedaço de mim.</i></p>	<p>Percebendo a privação do ato de amamentar como tirando um pedaço de si.</p>	<p>14.10</p>
<p>14.11 <i>Tirar um pedaço de mim, porque [...]</i></p>	<p>117. <i>Sentindo frustração por não poder amamentar.</i></p>	<p>14.11, 22,1</p>
<p>14.12 <i>[...] o meu sonho era poder amamentá-lo, né?</i></p>	<p>Reconhecendo que a amamentação era um sonho seu.</p>	<p>14.12</p>
<p>14.13 <i>Tá certo, eu já esperava por isso né, de não poder amamentá-lo... tudo, mas arrancaram um pedaço de mim. Eu me sinto assim. É... não era nem pra mim tá achando isso porque eu já deveria tá preparada com relação a isso [sorrisos] mas...</i></p> <p>14.14 <i>Quando eu digo que é como tirar um pedaço de mim, eu quero dizer que... ah... é tá me privando de fazer uma coisa que eu tanto sonhei em fazer. Eu... é isso.</i></p>	<p>Expressando sentimento de perda.</p> <p>Significando o “tiraram um pedaço de mim” como estando privada de realizar algo que tanto sonhou em fazer.</p>	<p>14.13</p> <p>14.14</p>
<p>14.15 <i>Eu tô bem consciente que não devo dar de mamar.</i></p>	<p>Demonstrando estar consciente de que não deve amamentar.</p>	<p>14.15</p>
<p>21. INO 21.1 <i>Ah, significa assim que a gente ô, a gente fica chateada porque a gente chega nos hospitais né, chega perto de alguém que já falaram do meu problema né, e daí todo mundo fica com a cara feia né, pensam se vão atender ou não,</i></p>	<p>118. <i>Percebendo preconceito do pessoal no hospital.</i></p>	<p>21.1</p>

<i>já atendem a gente assim com luva essas coisas né...</i>		
<i>21.2 Ah, daí fica chato né, daí a gente olha pras pessoas e as pessoas com a cara feia né? Ah, essas coisas, né?</i>	<i>119. Percebendo preconceito e sentindo-se mal.</i>	21.2
<i>21.3 Não poder amamentar é muito ruim, a gente se sente mal né, por causa que... a gente... toda mãe quer dar amamentação pro filho, né? E a gente não pode né, fazer o que, né? [sorriso nervoso].</i>	<i>120. Percebendo estar privada da amamentação como algo muito ruim; se sente mal porque acredita que toda mãe quer amamentar seu filho.</i>	21.3
<i>21.4 Eu já fiz todos os exames certo pra... ele nascer sadio né, e mais tarde ele não se queixar que eu não fiz as coisas certas, né.</i>	<i>121. Cuidando do bebê para ele nascer sadio.</i>	21.4
<i>21.5 Fazendo as coisas certas para depois não se queixarem que não fez as coisas certas.</i>	<i>122. Agindo corretamente para não ser cobrada amanhã.</i>	21.5
<i>21.6 Assim, se ele nascer com o problema eu vou ter que explicar pra ele: oh, eu fiz tudo certinho mas...</i>	<i>123. Agindo corretamente para poder justificar amanhã.</i>	21.6
<i>21.7 Dói muito não poder amamentar. Como dói.</i>	<i>Reconhecendo que dói muito não amamentar.</i>	21.7
<i>21.8 Se eu podia voltar atrás no tempo eu voltaria.</i>	<i>124. Sentindo arrependimento.</i>	21.8
<i>21.9 Se eu pudesse amamentar eu amamentaria porque o leite da... da mãe é outra coisa né, sustenta melhor, a gente que dá né, a gente que sabe se o bebê tá com fome, essas coisas né... e já o leite assim eles dão qualquer hora, é quando eles querem né? É isso né.</i>	<i>Expressando desejo de amamentar, mas reconhecendo estar impossibilitada.</i>	21.9
<i>21.10 Agora eu acho que o certo é dar o leite pro neném com a mamadeira, né? Só que aqui no hospital eles não aceitam né, eles querem que eles mamem no copinho, né?</i>	<i>125. Achando certo dar o leite para o bebê com mamadeira.</i>	21.10

<p>22. SELENE 22.1 <i>Ah, pra mim é normal, só que assim... que tu fica triste porque é um sonho assim que tu tem na tua vida de amamentar e daí chega na hora assim... tu não poder... saber que tu tem aquele leite ali e tu não poder dar...</i></p>	<p><i>Achando normal não amamentar, mas reconhecendo ficar triste por ser um sonho.</i></p>	<p>22.1</p>
<p>22.2 <i>Daí tu tem que assim pegar, fazer... ir lá no banco de leite, pegar leite é uma coisa e outra, sempre tá pedindo, né?</i></p>	<p>126. <i>Sentindo dificuldade de obter o leite para o neném na maternidade.</i></p>	<p>22.2</p>
<p>22.3 <i>Aí a criança às vezes chora, tu fica agoniada porque pô tu tem um leite no peito e não poder dar. Às vezes isso me deixa triste, mas vou fazer o quê?</i></p>	<p>127. <i>Sentindo-se agoniada e triste porque tem o leite no peito e não pode dar.</i></p>	<p>22.3</p>
<p>22.4 <i>Desanimo um pouquinho às vezes, mas tem que tocar a vida pra frente, não tem que ficar... deixar desanimar não... Tem que botar... erguer a cabeça e tocar a vida pra frente e dizer assim: não, eu não tenho nada</i></p>	<p>128. <i>Sentindo desânimo às vezes, mas tem que tocar a vida para frente.</i></p>	<p>22.4</p>
<p>18. LEUCOTHÉA 18.1 <i>O que significa pra mim não dar o peito? Uma tristeza não poder dar o peito.</i></p>	<p><i>Sentindo tristeza face à privação do ato de amamentar.</i></p>	<p>18.1</p>
<p>18.2 <i>É uma alegria saber que o filho pode amamentar, né, tomar o leite, né? Saber... aquele conforto.</i></p> <p>18.3 <i>Quando ele tá no peito ele ganha carinho da mãe, atenção da mãe... Que a mãe conversa quando dá o peito, né? Chama de gulosinho, fica brincando, né?</i></p>	<p>129. <i>Reconhecendo a amamentação como um processo prazeroso e que proporciona alegria.</i></p> <p><i>Reconhecendo que quando ele tá no peito ganha carinho e atenção da mãe.</i></p>	<p>18.2</p> <p>18.3</p>

<p>18.4 <i>E saber que tu não podes fazer isso aí... Aí é triste, não é fácil isso aí. Mas depois isso aí passa. Tudo passa, né?</i></p>	<p>Sentindo tristeza por não poder amamentar, mas reconhecendo que é passageiro.</p>	<p>18.4</p>
<p>18.5 <i>Pra ter seu filho saudável, pra mais tarde ele mostrar pra... pra muita gente aí, oh, eu não peguei a doença, a minha mãe tinha, mas eu não peguei porque ela cuidou de mim.</i></p>	<p>130. <i>Percebendo a privação como forma de proteção à vida do filho.</i></p>	<p>18.5</p>
<p>18.6 <i>Não dar o peito, é uma prova de amor porque eu gostaria de dar mas eu não vou dar porque eu sei que eu vou prejudicar o meu filho.</i></p>	<p>131. <i>Compreendendo a privação do ato de amamentar como uma prova de amor, pois gostaria de dar o peito para o filho mas não o faz para não prejudicá-lo.</i></p>	<p>18.6</p>
<p>18.7 <i>E jamais... se eu... eu sei que eu tive um risco de ter ele, já tô tendo um risco de ter ele e saber que eu vou botar ele mais ainda em risco dando o meu peito sabendo que ele tá contaminado e querer contaminar ele só pra poder dizer oh, eu também posso dar o meu peito. Mas eu tô errada, eu sei que eu não posso fazer isso.</i></p>	<p>Demonstrando estar consciente sobre os riscos de transmissão do HIV para o filho se amamentar.</p>	<p>18.7</p>
<p>18.8 <i>Se eu já tô... se ele já tendo cuidados pra não pegar o vírus e não, e eu querer dar o peito pra ele ficar com saúde sabendo que ele não vai ter saúde pelo contrário. Correndo risco de vida, né?</i></p>	<p>Percebendo o risco para o bebê se amamentar.</p>	<p>18.8</p>
<p>23. PERSÉFONE 23.1 <i>Não dar o peito pra ela pra mim é difícil.</i></p>	<p>132. <i>Identificando a privação do ato de amamentar como difícil.</i></p>	<p>23.1</p>
<p>23.2 <i>Tipo assim oh, eu sonhava, sonhava com isso.</i></p>	<p>Confessando que sonhava em amamentar.</p>	<p>23.2</p>
<p>23.3 <i>Eu pensava: vou ter outro neném, vou amamentar.</i></p>	<p>133. <i>Pensava em ter outro filho para amamentar.</i></p>	<p>23.3</p>

<p>23.4 <i>Eu não gastei um centavo com leite no meu outro filho, meu neném, meu filho era lindo, forte, gordo. Olha, uma criança que nunca deu gripe, nada...</i></p> <p>23.5 <i>De repente você... a realidade é outra o teu filho tu não vai poder amamentar.</i></p>	<p>Reconhecendo as vantagens econômicas, nutricionais e de proteção do leite materno.</p> <p>134. <i>Experienciando uma nova realidade, em que está privada de amamentar o filho.</i></p>	<p>23.4</p> <p>23.5</p>
<p>23.6 <i>Daí vem uma pessoa e te diz: meu Deus, tu vai gastar uma fortuna em dinheiro com leite porque... Eu tava no hospital num dia, daí uma médica disse: você sabe que o leite é caríssimo? Até um dia que eu fui ser atendida, eu não sei qual o nome da médica, ela me atendeu antes da minha médica, e ela foi assim bem seca comigo. Ela assim: você tem que entender, você tem a doença, ela foi assim dura não tem.</i></p> <p>23.7 <i>Daí eu pensei assim: meu Deus, tu não vai fazer isso comigo. Tu não vai botar essas pessoas na minha vida. Pra me dizerem isso, eu sei que eu tenho essa doença.</i></p>	<p>135. <i>Percebendo falta de habilidade da profissional.</i></p> <p>136. <i>Rejeitando os profissionais inabilidosos.</i></p>	<p>23.6</p> <p>23.7</p>
<p>23.8 <i>Daí em seguida veio a médica. Ela foi toda atenciosa, ela meu Deus ela chorou junto comigo. Ela disse não, não, tem muita gente que morre sem ter o HIV. Todo dia, pessoas com enfarte, derrame, é... pessoas diabéticas, pessoas que tomam remédio a vida inteira. Você é uma pessoa saudável, bonita, cheia de vida, por quê? Porque eu não queria, pra mim ali tinha acabado a minha vida.</i></p> <p>23.9 <i>Só que eu tenho liberdade de falar com o meu marido de conversar quando eu tô triste, eu vou lá e digo: ah, eu tô tão triste,</i></p>	<p>137. <i>Recebendo apoio, valorizando o atendimento profissional habilidoso e sentindo-se sozinha.</i></p> <p>138. <i>Sentindo-se apoiada pelo marido.</i></p>	<p>23.8</p> <p>23.9</p>

<p><i>ou tô me sentindo assim... Eu falo com ele, então isso já me ajuda, tá entendendo?</i></p>		
<p><i>23.10 E... tipo a respeito do leite, quando eu falei pra ele assim né, ela não vai poder amamentar. Tanto foi que a moça disse assim oh: depois tem que dar o seio pro neném. Eu não sei se ela não sabia. Ele pegou olhou pra ela e disse: como é que é? É porque ele sabia que não, né. Porque eu já tinha dito que não. Eu disse: não, Deus o livre. Ela pegou e falou... porque depois eu acho que ela foi lá no meu prontuário que não né: mãe, depois a gente vai trazer o leitinho dela, vamos colocar a faixinha no seio, daí a doutora também teve ali e disse: amanhã eu vou tá aqui trabalhando e vou vir aqui te ver.</i></p>	<p><i>139. Percebendo o equívoco de uma trabalhadora de enfermagem e relatando a reação do marido.</i></p>	<p>23.10</p>
<p><i>23.11 Não poder dar o peito pro meu neném significa que é triste. É muito triste, eu vou resumir pra você assim.</i></p> <p><i>23.12 Oh: é um vazio muito grande.</i></p> <p><i>23.13 Eu sinto assim que ela vai ter uma carência a respeito disso, por mais que eu tente né? [começou a chorar].</i></p>	<p>Reconhecendo que é triste não poder amamentar [...]</p> <p><i>140. Comparando a privação do ato de amamentar como um vazio muito grande.</i></p> <p><i>141. Reconhecendo que a filha vai ter uma carência por não poder mamar, por mais que tente compensar.</i></p>	<p>23.11</p> <p>23.12</p> <p>23.13</p>

ANEXOS

ANEXO A

**FOLHA DE ROSTO DA AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA
PARA PESQUISA COM SERES HUMANOS**



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS - APÊNDICE A
(versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: A expressividade corporal do ser-mulher com HIV/AIDS frente à privação do ato de amamentar: a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria da expressão de Merleau-Ponty.			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) Enfermagem e Filosofia		3. Código: 4.04 e 7.01	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) (N)
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Unitermos: (3 opções) Amamentação, HIV/AIDS, Enfermagem			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos No Centro : Total: até 30 mulheres		10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros (X) Não se aplica ()	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: Alacoque Lorenzini Erdmann			
12. Identidade: I/R 122198		13. CPF: 180.529.320-68	19. Endereço (Rua, n.º): Rua: Frei Caneca, 20, AP 501-B
14. Nacion. Brasileira		15. Profissão: Professora Universitária	20. CEP: 88025-000
16. Títul. Maior Doutorado		17. Cargo: Professora Titular	23. Fone: (048)331-9480
18. Instituição a que pertence: Universidade Federal de Santa Catarina			24. Fax: (048)3319787
			25. E-mail: alacoque@newsite.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 19/06/2003			
 Assinatura			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: Maternidade Carmela Dutra		29. Endereço (Rua, n.º): Irmã Benwarda, nº 208	
27. Unidade/Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de SC		30. CEP: 88.010-230	31. Cidade: Florianópolis
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)		33. Fone: (048)251-7501	34. Fax: (048)251-7506
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X) Nacional (X) Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: Dr Nelson Grisard Cargo: Diretor Geral Data: 19/06/2003			
 Assinatura			
PATROCINADOR Não se aplica (X)			
36. Nome:		39. Endereço:	
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:
38. Cargo-Função:		43. Fone:	44. Fax:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada: ____/____/____	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado () Data: ____/____/____	48. Não Aprovado () Data: ____/____/____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: ____/____/____ Data: ____/____/____			
Encaminhamento a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: ____/____/____		53. Coordenador: Nome _____ Assinatura	Anexar o parecer consubstanciado
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente:		56. Data Recebimento:	
55. Processo:		57. Registro na CONEP:	