

**ESCOLA ANNA NERY
REVISTA DE ENFERMAGEM**

Anna Nery School
Journal of Nursing
Escuela Anna Nery
Revista de Enfermería
Revista de Enfermería
Revista de Enfermería

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

ISSN: 1414-8145

annaneryrevista@gmail.com

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Brasil

Barbosa Batista, Cristiane; Silva, Leila Rangel da
**SENTIMENTOS DE MULHERES SOROPOSITIVAS PARA HIV DIANTE DA IMPOSSIBILIDADE DE
AMAMENTAR**

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 11, núm. 2, junio, 2007, pp. 268-275

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715306013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

SENTIMENTOS DE MULHERES SOROPOSITIVAS PARA HIV DIANTE DA IMPOSSIBILIDADE DE AMAMENTAR^a

Feelings of the HIV Seropositives Women Face
the Impossibility of Breast Feeding

Sentimientos de Mujeres Seropositivas para VIH
Delante la Imposibilidad de Amamantar

Cristiane Barbosa Batista

Leila Rangel da Silva

Resumo

Pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, que tem como objetivo: analisar os sentimentos de puérperas soropositivas ao HIV, em um alojamento conjunto, diante da impossibilidade de amamentar. Para tal, foram realizadas entrevistas gravadas em fitas magnéticas no período de janeiro a maio de 2006 com 12 mulheres internadas no alojamento conjunto de dois hospitais do Município do Rio de Janeiro (Brasil). As entrevistas, depois de transcritas, permitiram a criação de cinco categorias que abrangeram sentimentos como: negação, inveja, tristeza, inutilidade, medo, impotência e aceitação. Por meio da análise destes sentimentos, observou-se que a mulher HIV positiva, impossibilitada de amamentar, vivencia uma realidade muito dolorosa que influencia seu modo de viver, sua saúde e de seu filho. Portanto, a Enfermagem precisa compreender e incorporar em seu cuidado, além dos aspectos biológicos, os emocionais, sociais e culturais que circundam a mulher, para lhe prestar uma assistência qualificada.

Palavras-chave: Enfermagem. Aleitamento Materno. SIDA. Saúde da Mulher.

Abstract

Descriptive research with qualitative approach, that aimed to analyze the feelings of the HIV seropositive pregnant woman, in a conjoined lodging, faces the impossibility of breast feeding. For such, was carried through recorded interviews in magnet tapes in the period from January through may of 2006 with 12 women interned in a conjoined lodging from two hospitals of the City of Rio de Janeiro (Brazil). The interviews, after its transcription, allowed the creation of five categories which comprehended feelings as: deny, envy, sadness, inutility, fear, impotence and acceptance. By analysis of these feelings it was observed that the HIV positive woman, impossibilitated of breast feeding, experiences a very painful reality that influences her way of life, her health and of her child. Therefore, the Nursing needs to comprehend and incorporate in its care, besides the biological aspects, the emotional, social and cultural ones that enclose the woman, to make possible a better assistance.

Keywords:

Resumen

Investigación descriptiva, con abordaje cualitativa que objetivó analizar los sentimientos de puérperas soropositivas al VIH, en un alojamiento conjunto, delante de la imposibilidad de amamantar. Para tal, fueran realizadas entrevistas grabadas en cintas magnéticas en el periodo de enero a mayo de 2006 con 12 mujeres internadas en el alojamiento conjunto de dos hospitales de la Ciudad de Rio de Janeiro (Brasil). Las entrevistas, después de transcritas, permitieran la creación de cinco categorías que abarcaran sentimientos como: negación, envidia, tristeza, inutilidad, miedo, impotencia y aceptación. Por medio del análisis de estos sentimientos, fué observado que la mujer VIH positiva, imposibilitada de amamantar, vivida una realidad muy dolorosa que influencia su modo de vivir, su salud y de su niño. Para lo tanto, la Enfermería necesita comprender e incorporar en su cuidado, además de los aspectos biológicos, los emocionales, sociales y culturales que circundan la mujer, para le presentar una ayuda calificada.

Palabras clave:

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Entre as décadas de 1940 e 1970, a indústria alimentícia construiu elementos culturais por meio de *marketing* abusivo, valorizando o leite industrializado, introduzindo-o culturalmente no dia-a-dia do povo brasileiro. Diante das conseqüências nefastas para a saúde das crianças, traduzida pelos altos índices de mortalidade infantil, o Ministério da Saúde (MS) na década de 1980 passou a realizar ações baseadas na promoção ao aleitamento materno, sendo criado em 1981 o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento¹. Desta maneira, a amamentação tem se tornado uma prática aceita e incentivada pela cultura brasileira.

Concomitantemente cresce de forma vertiginosa, no Brasil, principalmente na década de 1990, o número de mulheres casadas e com parceiros fixos com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), o que chamamos de feminização da epidemia. Em 1985, na faixa etária de 13 a 49 anos, para os casos confirmados de AIDS, observa-se que a razão entre homens e mulheres foi de 27, e, no total dos casos, de 25². A partir de então, observa-se uma diminuição nesta razão; em 2004, na faixa etária de 13 a 49, a razão foi de 1,5, repetindo-se esse valor no total de casos, constatando o aumento da doença em mulheres³. Isto se justifica porque estas são vulneráveis a contrair o vírus da imunodeficiência humana (VIH/HIV) nas suas relações sexuais sem proteção.

A vulnerabilidade pode ser entendida enquanto o conjunto de aspectos biológicos, individuais, programáticos, sociais e culturais, *interdependentes e mutuamente influenciáveis, assumindo pesos e significados diversos que variam no decorrer do tempo e determinam o grau de susceptibilidade e condições de respostas de indivíduos e comunidades em relação ao HIV/AIDS*^{4:63}.

No início desta pandemia, a atenção à saúde se voltava para os chamados grupos de risco: homossexuais, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e prostitutas. Sendo assim, aqueles que não se encaixavam nesses grupos não eram enfocados quanto aos cuidados necessários para evitar a contaminação do HIV, dentre os quais, a mulher com parceiro fixo. Criou-se, ainda, no imaginário social, o ideário de que a mulher sem “comportamento promíscuo” não poderia ser atingida por este vírus, o que a distanciou das medidas preventivas contra a SIDA. Existem, inclusive, as questões de gênero, que determinam culturalmente a “superioridade” do homem em relação à mulher, a qual enfrenta muitas dificuldades para utilizar a camisinha com seu parceiro durante o sexo. A articulação desses aspectos tornou a mulher bastante vulnerável a essa doença sexualmente transmissível⁵.

Da mesma maneira, aumentou-se a incidência de crianças infectadas pelo HIV, o que é denominado infantilização do agravo. O vírus pode ser transmitido verticalmente na gestação, no parto e, ainda, no puerpério através do leite materno, sendo que este representa risco adicional de 7 a 22% de transmissão vertical⁶. Estudos mostram que os retrovírus na mãe infectada podem ser encontrados livres ou nos monócitos do leite; as

gastrointestinal do recém-nascido (RN), que ficam mais comprometidas com o uso de aleitamento misto, pois o leite artificial pode provocar lesão dessas mucosas⁷. Atualmente, a grande maioria dos casos de crianças com AIDS é devida à transmissão vertical: em 1997 a transmissão vertical foi responsável por 92% dos casos em menores de 13 anos, e em 2004, por 83,6%³.

Isto se tornou um grave problema de saúde pública e impulsionou o MS a criar políticas públicas com o objetivo de diminuir esses índices. Essas políticas se concretizam em programas que recomendam o uso de anti-retrovirais pelas mães e contra-indicam a prática da amamentação pelas mesmas. Sendo assim, é utilizado o protocolo 076 para evitar a transmissão vertical, sendo comprovado que o uso da zidovudina diminui em 67,5% esse risco⁸. Desta maneira, tendo o RN boa vitalidade, mãe e filho são encaminhados para o alojamento conjunto, sistema em que ambos permanecem juntos durante as vinte e quatro horas do dia, em companhia de outros binômios.

Observa-se, assim, uma lógica voltada à criança, porque os programas políticos de combate à AIDS, como o “Projeto Nascer”⁶, possuem como parte dos objetivos a diminuição do risco de transmissão vertical. Mas, e essa mulher, diante de uma sociedade que a prepara e a impulsiona para atender às necessidades de seu filho, dentre as quais a alimentação, através do leite de seu seio, mas que, em virtude das circunstâncias dessa infecção, não “pode” amamentar seu bebê? Em um contexto hospitalar no qual muitas vezes é “ordenada”: “não ofereça seu seio!”, é “vigilada”, tem suas mamas enfaixadas, recebe medicação que impede sua lactação, não é bem orientada ou escutada, enfim, lhe é tirado o direito decisório.

Dentro dessa lógica, surge o questionamento que norteou esse estudo: *O que sentem as puérperas HIV-positivas em um alojamento conjunto, diante da impossibilidade de amamentar?*. Traçou-se como objeto deste estudo *os sentimentos de puérperas HIV-positivas em um alojamento conjunto, diante da impossibilidade de amamentar* e, como objetivo, *analisar os sentimentos de puérperas HIV-positivas em um alojamento conjunto, diante da impossibilidade de amamentar*.

A concretização dessa pesquisa contribui para o crescimento do conhecimento científico em Enfermagem na área da saúde da mulher, servindo como “instrumentalizador” para o cuidado em enfermagem às puérperas HIV-positivas, subsidiando a oferta de uma assistência qualificada e humanizada.

A enfermagem constitui-se uma prática particular na qual é estabelecida *uma relação inter-humana intencionalmente voltada para o cuidado com o bem-estar ou o estar melhor de uma pessoa, com necessidades perceptíveis*^{9:244}. Essas necessidades são estabelecidas em detrimento a um encontro de pessoas humanas, baseado em um diálogo vivenciado, onde as experiências são partilhadas, de forma que, juntos, enfermeiro e cliente encontrem as melhores estratégias para as situações que se apresentam no processo de saúde e doença.

O ser humano possui uma visão de mundo baseada em sua cultura, que inclui dinamicamente fatores religiosos, familiares,

influenciam no seu modo de viver¹⁰. Ou seja, se o homem vivencia o processo saúde e doença de acordo com sua cultura, esta se torna essencial para nortear o cuidado de enfermagem, eixo central desta profissão. Este cuidado pode ser definido como o conjunto de ações de *prestação de auxílio, apoio ou capacitação, para um indivíduo, (...), com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição ou vida humanas*^{9:288}.

Além dos aspectos culturais, existem os emocionais que circundam o ser humano. Sentimentos e emoções, apesar de distintos, estão interligados. As emoções são consideradas reações do organismo a estímulos, sejam eles internos ou externos, que desencadeiam uma série de reações químicas e neurais, curtas e intensas, que afetam a consciência. Já os sentimentos são mais estáveis, prolongados e de menor intensidade, advindo geralmente das emoções, ligados à intelectualidade e moralidade, ou seja, é a afetividade consciente¹¹.

Os sentimentos revelam o ser humano, demonstrando as manifestações de harmonia ou desarmonia, ou seja, o comportamento pessoal¹¹. *A afetividade tem um papel relevante na construção do conhecimento social, na formação da consciência, nas diferentes formas de participação social, na dinâmica dos conflitos sociais, enfim, em toda atividade humana*^{12:61}.

Desta maneira, percebe-se a importância destes aspectos na saúde do ser humano e no cuidar da Enfermagem, pois interferem na mente e no corpo das pessoas, provocando reações / decisões / ações no modo de vida individual e social.

Este estudo visou, sobretudo, contribuir às mulheres HIV-positivas, pois, enquanto sujeitos da pesquisa, tiveram a oportunidade de se expressarem e evidenciarem suas necessidades mais reais, que futuramente poderão ser atendidas pela Enfermagem. É direcionado, portanto, para esta população de mulheres, cidadãs brasileiras, que vivem em um contexto sócio-cultural, com necessidades não unicamente biológicas e *que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos (...), ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia*^{13:31}.

METODOLOGIA

Trata de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Este estudo encontra-se de acordo com a resolução 196/96, que regulamenta as pesquisas com seres humanos, e, portanto, a coleta de dados ocorreu após aprovação do comitê de ética e pesquisa. Foi construído também o termo de consentimento livre e esclarecido, lido e assinado por cada sujeito que aceitou participar deste estudo.

A coleta de dados ocorreu em duas instituições de saúde, sendo um hospital universitário referência para HIV, denominado no estudo como hospital A; e um hospital maternidade do Município do Rio de Janeiro, com título "amigo da criança", hospital B, no período de janeiro a maio de 2006.

Os dados foram obtidos mediante entrevistas semi-

preenchimento de dados sócio-econômicos e um roteiro de perguntas abertas que versava sobre os sentimentos das puérperas HIV-positivas diante da impossibilidade de amamentar, cujas respostas foram gravadas em fita-cassete e posteriormente transcritas.

Foram entrevistadas 12 mulheres, 5 do hospital A e 7 do hospital B; todas eram puérperas, portadoras do HIV, internadas no alojamento conjunto, com idade igual ou superior a dezoito anos e orientadas a não praticarem a amamentação.

Encerrou-se a busca de entrevistas a partir da saturação das informações, que ocorre quando as informações se repetem e são adequadas ao objetivo proposto. A partir das entrevistas foram criadas categorias de acordo com a análise temática. As categorias foram resultado de uma "leitura flutuante", na qual houve um contato exaustivo com os dados obtidos nas entrevistas, de onde emergiram frases e palavras referentes ao objeto de pesquisa, os quais foram agrupados didaticamente em um mapa, para análise.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

Perfil das Depoentes

Para o mínimo conhecimento do universo vivenciado por cada mulher, de maneira didática, foram construídos dois quadros, que se seguem:

Quadro 1:
Dados Sócio-Econômicos.

Entrevistadas/ Dados Sociais	Idade	Renda Familiar	Escolaridade	Situação Conjugal	Ocupação
A 1	18 anos	Ignorada	E. F. C.	Vive com o comp.	Estudante
A 2	41 anos	4 sal.mín.	Alfabetizada	Vive com o comp.	Dona de casa
A 3	22 anos	2,5 sal.mín.	E. F. C.	Vive com o comp.	Vendedora
A 4	28 anos	1,5 sal.mín.	E. F. I.	Vive com o comp.	Dona de casa
A 5	27 anos	Nula	E.F.I.	Solteira	Autônoma
B 1	38 anos	3 sal.mín.	E.F.I.	Casada	Empregada
B 2	26 anos	Nula	E.F.I.	Separada	Dona de casa
B 3	33 anos	3 a 4 sal.mín.	E.S.I.	Vive com o comp.	Autônoma
B 4	25 anos	1 sal.mín.	E. F. I.	Vive com o comp.	Empregada
B 5	34 anos	2,5 sal.mín.	E. M.C.	Vive com o comp.	Merendeira
B 6	26 anos	1,5 sal.mín.	E.F.I.	Vive com o comp.	Empregada
B 7	24 anos	Nula	E.F.I.	Vive com o comp.	Dona de casa

Legenda:

E.S.I. = Ensino Superior Incompleto

E.M.C. = Ensino Médio Completo

E. F. C. = Ensino Fundamental Completo

E.F.I. = Ensino Fundamental Incompleto

Sal.mín. = Salário mínimo

Vive com o comp. = Vive com o companheiro

De acordo com os dados sociais, as mulheres entrevistadas tinham entre 18 a 41 anos, ou seja, estavam na fase adulta, em que legalmente estão aptas a decidir por si. Em relação à renda familiar das entrevistadas, percebe-se que a mesma variou entre nula e 4 salários mínimos, descrevendo uma situação econômica

três delas não possuíam renda familiar, dependendo da ajuda de parentes e amigos para sobreviverem.

Quanto à escolaridade, sete mulheres possuíam o ensino fundamental incompleto. Apesar de todas as mulheres entrevistadas serem alfabetizadas, há um nível baixo de instrução educacional. O menor grau de escolaridade dificulta a aquisição de conhecimento e informações do indivíduo sobre a sua saúde e maneiras de cuidar dela¹.

No momento da entrevista, dez mulheres viviam com seu companheiro, sendo uma delas casada, e as outras solteiras, em união estável. Em relação à ocupação, sete puérperas possuíam atividades lucrativas. O acesso feminino cada vez maior ao mercado de trabalho está intimamente ligado às necessidades familiares e ao nível de escolaridade, pois, em decorrência da competitividade do mercado, a obtenção de emprego, tipo de cargo e remuneração dependem do grau de instrução da mulher¹⁴.

Nove entrevistadas tinham mais de um filho vivo. Dez das depoentes encontravam-se no segundo dia puerperal,

correspondente à fase do puerpério imediato. Algumas das mulheres, por já terem filhos antes da descoberta da infecção, tinham passado pela experiência de amamentar, outras não, mas isto não influenciou no desejo de amamentar, pois todas elas afirmaram possuir vontade, em maior ou menor intensidade, de praticarem o aleitamento materno.

Quase a totalidade das mulheres do estudo descobriu-se soropositiva no pré-natal. Este dado pode sugerir que, mesmo com as tentativas do Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher, criado em 1983, de prover o atendimento integral à saúde da mulher, se observa ainda uma prática voltada principalmente para o ciclo gravídico-puerperal, em proteção à criança. Matos^{4:197}, em seu estudo, percebeu que grande parte dos profissionais de saúde entrevistada percebia a “gestante única e exclusivamente como vetor de um bebê, e obviamente do vírus, traduzindo a noção de que a criança que está chegando é um patrimônio da comunidade e, portanto, precisa ser protegida”.

Quadro II:
Aspectos Individuais.

Entrevistadas/ Dados	Filho G P A	Dia de Puerpério	Quantos filhos desde a infecção?	Tinha vontade de amamentar?	Quando descobriu-se HIV+?
A 1	G1 P1	2º dia.	1	Sim	No pré-natal (PN)
A 2	G4 P3 A1	2º dia	1	Sim	No PN deste filho
A 3	G1P1	2º dia	1	Sim	No PN deste filho
A 4	G5 P3 A2	2º dia	1	Sim	Antes do PN
A 5	G3 P2 A1	2º dia	2	Mais ou menos	No PN do outrofilho.
B 1	G3 P3	8º dia	1	Sim	No PN deste filho
B 2	G3 P3	2º dia	1	Sim	No PN deste filho
B 3	G2 P2	3º dia	2	Sim	No PN do outrofilho
B 4	G3 P3	2º dia	1	Sim	No PN deste filho
B5	G4 P5 A0	2º dia	3	Sim	No PN do outro filho
B 6	G3 P2 A1	2º dia	2	Sim	No PN do outro filho
B 7	G2 P1 A1	2º dia	1	Sim	No PN deste filho

Legenda:
G = Gesta
P = Para
A = Aborto

Fonte: Entrevistas

Sentimentos das puérperas diante da impossibilidade de amamentar

De acordo com algumas falas, extraídas das entrevistas, entendeu-se que a puérpera com HIV, por não “poder” amamentar, perde a maternidade em sua plenitude, pois entende a amamentação como prática essencial no ser mãe:

Isso daí (amamentar) eu acho que é o sonho de toda mulher (...) fiquei meio perturbada. (B6, 26 anos)

Foi um choque porque, poxa, eu sempre soube que quem está com esse problema não pode amamentar

e eu queria amamentar até os dois anos de idade, e eu ia amamentar. Foi muito ruim(...)foi uma coisa muito triste(...) sinceramente eu senti tristeza demais por causa que eu tava disposta a dar tudo para essa criança. (B7, 24 anos)

As expressões, ligadas ao aleitamento materno “sonho de toda mulher” e “dar tudo” representam a conexão existente entre essa prática e a maternidade, na vivência dessas depoentes. O estudo de Esteves deixa claro que a cultura favorável ao aleitamento materno é considerada *um dos atributos que caracterizam a maternidade (...) entendido como*

sociedade contemporânea, a gravidez e a maternidade surgem quase como a realização social do papel de mãe; como se a mulher fosse apenas reconhecida como tal quando é mãe, quando traz frutos à sociedade onde está inserida¹⁵.

A partir da impossibilidade de amamentar, dentro deste contexto cultural, a mulher sente que perde, em parte, o papel de mãe e, conseqüentemente, o de mulher, sendo esta perda desencadeadora de muitos sentimentos. Desta maneira, a partir das entrevistas e de leituras de diversos autores, dentre eles Kübler-Ross¹⁶, que estuda sobre a reação humana diante da perda através do processo de luto, surgiram cinco categorias para os sentimentos evidenciados, que se seguem:

Sentindo que isso não pode ser verdade

Um sentimento evidenciado nas entrevistas foi o de *incredulidade* diante da impossibilidade de amamentar, a negação foi tão forte para algumas, que as impeliram a amamentar:

Eu amamentei a outra (...) porque eu não acreditava, o médico falou pra mim mas eu não acreditei que ia passar pelo leite. (B5, 34 anos)

Eu amamentei dois dias (o filho anterior) porque eu recebi a notícia e não acreditei. (A5, 27 anos)

Independente de terem sido orientadas e das intervenções para interrupção da lactação, essas mulheres decidiram sobre si, negaram os fatos e amamentaram seus bebês. Considerando que não poder amamentar confere à mulher a perda de um papel social, a negação pode ser entendida como uma reação humana conseqüente desta perda. Kübler-Ross¹⁶ declara que a negação, parcial ou total, é o primeiro estágio do luto, observado em quase todos os pacientes diante de um agravio. Nesse momento, a pessoa, em choque, não reconhece o evento da perda, se protege da dor da realidade, fugindo da mesma. A negação é um dos principais mecanismos da defesa psicológica. Ou seja, negar a verdade pode ser a primeira reação a uma situação desconfortável e indesejável, pois o indivíduo cria uma situação irreal, que na verdade é o que ele realmente desejaria¹⁷.

O “instinto materno” foi mais forte do que a crença da possível prevenção da transmissão vertical, acrescentando que as decisões e ações da mulher quanto à amamentação dependem dos dados interpretados e considerados por ela como concretos. Simplesmente impor à mulher o que ou não fazer, mesmo com justificção científica, não garante que o comportamento da mesma será o esperado pelo profissional, porque, na verdade, quem decide o que fazer ou não com seu corpo e filho é a genitora. Desta maneira, nota-se a importância do acolhimento desta mulher, pois nessa situação específica, sua decisão pode interferir diretamente na saúde de seu filho³.

Sentindo vontade de estar no lugar de outras

Quando questionadas quanto ao que sentiam quando observavam outras mães amamentando, algumas entrevistadas demonstravam o desejo de vivenciar aquele momento.

Me dava vontade de amamentar o meu, eu ficava com vontade, ficava achando que podia (pausa) aí só ficava olhando elas amamentarem, ficava só na inveja, né? A

A *inveja* é uma força situada interiormente no homem, a partir da convivência de pelo menos dois indivíduos em condições de estabelecer uma comparação¹⁸, sendo esta com outras pessoas que possuem características desejáveis e diferenciadas; é um sentimento geralmente reprimido e escondido.

O sistema alojamento conjunto é a princípio um local incentivador do aleitamento materno, então a puérpera portadora do HIV vivencia sua impossibilidade de amamentar observando esta prática nas outras mulheres próximas, o que muitas vezes se constitui uma situação dolorosa, como respondido por algumas depoentes:

Ai! o que eu sinto? A vontade de amamentar minha filha, com certeza! (B7, 24 anos)

Até hoje quando eu vejo as mães amamentarem eu nem agüento. (B3, 33 anos)

Nessas falas, evidencia-se o desejo de fazer o mesmo que as outras mães e, inclusive, surgem determinados questionamentos, quando se comparam a estas:

Ela não tem problema nenhum e eu tenho, por que eu? Por que comigo? (A5, 27 anos)

Estes depoimentos evidenciam que o ambiente vivenciado pela puérpera com HIV e as pessoas que a cercam interferem nos seus sentimentos e os intensificam. Kübler-Ross¹⁶ lembra que no segundo estágio do luto, as pessoas podem desenvolver sentimentos invejosos e questionar os motivos de estarem vivenciando aquilo, a partir de uma comparação.

Sentindo tristeza e inutilidade

Um dos principais sentimentos descritos pelas depoentes quando questionadas sobre o que sentiam diante da impossibilidade de amamentar foi a *tristeza*, conforme pode-se ler nos depoimentos abaixo:

Eu fico triste, eu já chorei muito desde que eu ganhei ela. (B1, 38 anos)

Não sei! É horrível! Fico triste o tempo todo. (B2, 26 anos)

A tristeza constitui-se uma resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades¹⁹. Desta maneira, diante da impossibilidade de amamentar, a mulher reage sentindo-se mal, desconfortável, triste e chorosa, onde a tristeza é uma reação normal ao infortúnio. *A maioria, se não todos os episódios mais intensos de tristeza são provocados pela perda, ou previsão de perda, seja de uma pessoa amada, de lugares, familiares e queridos, ou de papéis sociais*^{20:258}.

O grau da tristeza depende da valorização dada pela mulher à amamentação, que influencia no desejo dela de amamentar:

A gente sente uma tristeza danada porque não pode fazer isso com o filho(...) é uma tristeza não tão dolorosa assim porque meu leite seca em 15 dias, um mês. (B4, 25 anos)

Para esta mãe, não amamentar era doloroso, porém, não tão intenso, pois como suas experiências anteriores com esta prática foram frustrantes, seu desejo de

possivelmente era grande, pois considerava o aleitamento como carinho maternal, uma benção de Deus:

Tristeza porque você gostaria muito de poder estar passando aquela proteção (leite materno), aquele carinho (amamentação), porque o carinho maternal é a coisa maior, a maior benção de Deus, né? (A3, 22 anos)

Como confirmado pelas declarações das puérperas, entende-se ainda, que as informações passadas às mulheres, em relação ao aleitamento, interferem em seu modo de sentir:

Eu fiquei realmente triste, chateada, por saber que eu não posso e também não posso dar ele pra alguém amamentar, isso me deixou triste realmente. (A2, 41 anos)

Eu acho que a amamentação é importante pra tudo, porque o teu corpo volta para o lugar, o teu útero contrai logo, está entendendo?(....) a amamentação é tudo, mas (pausa) já que eu não posso amamentar é deprimente (....) eu me senti inútil, está entendendo? Porque é deprimente uma pessoa ter que carregar um filho na barriga, o teu corpo vai logicamente se desenvolvendo, suas mamas vão encher e aquilo te deprime porque você vê a mãe do lado fazendo uma coisa que você poderia estar fazendo, uma coisa para o bem do teu filho e você tem que sacrificar ele com um copinho de leite. Você se sente realmente uma inútil. (B5, 34 anos)

Estas falas mostram como as informações referentes ao aleitamento fazem parte do entendimento das depoentes: a contração uterina conseqüente da maior produção de ocitocina no momento da amamentação, a contra-indicação do aleitamento misto. Ou seja, as mulheres consideram a importância do aleitamento materno da maneira que foi passada para elas e entendida por si.

A partir da perda, podem-se observar sentimentos de tristeza, vergonha, desespero, ansiedade e *inutilidade*¹⁶. A partir da declaração da depoente B5, percebe-se nitidamente isso, uma vez que a tristeza, representada por ela como depressão, está intimamente ligada ao sentimento de inutilidade, pois se ela não pode dar seu leite ao filho, decorrente de uma preparação do próprio corpo, não se sente útil, não se sente mãe por completo.

Sabendo-se que quando sentimentos como a tristeza e inutilidade não são bem trabalhados e enfrentados pelo indivíduo podem ocasionar um quadro clínico depressivo, é primordial o acompanhamento da evolução desses, para detecção precoce de maiores problemas psicológicos.

Sentindo medo da descoberta alheia, preservando a intimidade

Identificou-se ainda, durante as entrevistas, medo de que outras pessoas descobrissem a infecção pelo HIV por causa da impossibilidade de amamentar. Isso porque todas as entrevistadas relataram que não costumam contar para as pessoas o real motivo de não amamentarem e inventar diversas desculpas, como podemos ver a seguir:

O que mais me perturba é quando uma passa (outra

pergunta e eu não sei o que falar. E aí? Porque eu não vou ficar espalhando para o hospital todo. Se uma médica chegar em mim e falar na sala de três, quatro mães que eu tenho HIV, aí vai ficar chato porque eu to ali com elas, né? Aí elas perguntam: -Pô, não tem leite? Eu: -Não, empedrou! Ué! Eu tenho que falar isso, eu tenho que falar! (...) E o medo de a qualquer momento uma enfermeira, sei lá, soltar do nada: -Ô sua AZT, sua soropositiva! Horrível, porque se acontecer isso, eu vou me sentir mal! (B3, 33 anos)

Eu pego e falo que só amamento até 1 mês e que eu não gosto de ficar amamentando muito(...) – Ah, mas eu nunca vi. Eu falo: - Mas eu sou obrigada a pôr o peito pra fora pra tu ver? (B6, 26 anos)

O medo ocorre quando o indivíduo se encontra em risco de que algo indesejável aconteça, e isso o faz reagir de diversas maneiras com a finalidade de diminuir esse risco, neste caso, preservando sua intimidade.

Além do estigma e sofrimento individual da mulher HIV-positiva, há o medo da rejeição e abandono dos outros: sociedade, família, companheiro e amigos¹⁵. O medo é o sentimento humano que mais precisa de cuidado e atenção porque pode afetar profundamente o enfrentamento das diversas situações da vida¹.

O medo da descoberta alheia provoca, na puérpera portadora do HIV, a reação de mentir, onde a inverdade se torna funcional, servindo para dissimular a real condição²¹. Sendo assim, é dita com o intuito de evitar que outros tenham conhecimento da realidade vivida.

Essa necessidade de negar aos outros a realidade vivida, de acordo com as falas, ocorre por sentirem-se pressionadas pelas pessoas a praticarem o aleitamento materno, como observado nesse depoimento:

E muita gente onde eu moro fica perguntando: -Ah! A B6 não amamenta?! Pergunta, fica muito em cima. (B6, 26 anos)

O paradigma vigente sobre a amamentação natural, o qual preconiza que toda a mulher, ao dar luz, deve amamentar, incide fortemente sobre as mulheres soropositivas¹⁸. Desta maneira, esta mulher sente-se constrangida por não amamentar, principalmente no alojamento conjunto, onde essa prática é incentivada à maioria das puérperas.

As entrevistadas demonstraram que poderiam sofrer preconceito e discriminação dos outros por serem portadoras do HIV, e, por esta razão, inventam desculpas por não amamentarem:

A minha família de casa, eles iriam me eliminar, tipo assim: - A B5 não existe mais! Porque eles são super preconceituosos! (B5, 34 anos)

Tem muita discriminação, exemplo: se eu falar, além da discriminação vai ter o tal do julgamento, que todo mundo adora julgar(...) (A1, 18 anos)

O preconceito ao redor do “fenômeno” HIV/AIDS se deve por vários fatores, dentre eles, a sua história, na qual o agravo esteve associado ao grupo de pessoas marginalizadas pela sociedade²². Uma doença considerada um ‘desastre coletivo’

a exclusão social e o preconceito, perpetuando a discriminação e a culpabilização de portadores e doentes^{4:36-37}. Ou seja, fatores culturais enraizados no imaginário das pessoas, decorrentes do próprio histórico do HIV/AIDS, promovem atitudes preconceituosas que se perpetuam até hoje no meio social, onde os portadores do vírus estão inseridos.

Sentindo impotência e aceitando a condição

Diante da impossibilidade de amamentar, quando as puérperas percebem a realidade, costumam sentir-se impotentes, pois percebem que não há o que ser feito, como explicitado:

'Ué', eu fiquei triste, mas fazer o quê?... eu sinto vontade de amamentar a minha filha, mas não posso (pausa), fazer o quê? (A4, 28 anos)

Impotente, Impotente, porque eu não posso fazer nada. (B3, 33 anos)

Desta forma, a impotência leva à aceitação da situação, como demonstrado:

Se eu não posso, é melhor eu não poder, do que eu poder dar e depois prejudicar ele, né? (A1, 18 anos)

Nota-se que, apesar da tristeza, mesmo sentindo-se mal, o bem-estar do filho é mais importante para a mulher, que, diante da perda da maternidade sonhada, conforma-se com toda a situação. Quando se vivencia uma perda muito difícil de suportar, que não pode ser substituída, o que pode ser feito, apenas, é aceitá-la²³.

A aceitação define-se como o último estágio do processo do luto; nesse momento ocorre adaptação à nova realidade, aceitação e resignação à perda, porque é necessário, não há melhor solução¹⁶. Isto pode indicar que o indivíduo superou, ou pelo menos se adaptou à situação, e para isso é importante que a mulher, no caso, resolva bem todos os sentimentos anteriores e permita-se conviver com a realidade da melhor maneira possível.

Percebe-se, ainda, que a conformidade é decorrente de uma compensação, porque vale a pena sacrificar-se pelo filho, para não sentir-se culpada depois:

É melhor a gente se conformar né? Porque se ele não tiver o problema e de repente se contaminar pelo leite, eu vou ficar mais indecisa: será que ele pegou do leite?(...) é melhor evitar do que remediar. (A2, 41 anos)

Porque eu seria muito irresponsável se eu desse de amamentar pra ele, aí seria o contrário, ao invés de ser proteção, seria uma grande tristeza, né? (A3, 22 anos)

Nesta última fala, observa-se que a mãe se sente responsável, quando evita oferecer o leite do próprio seio ao recém-nascido; de certa maneira é como se pudesse, nesse momento, “redimir-se” de um erro anterior.

Uma depoente descreveu, ainda, um sentimento ambíguo: tristeza e alegria, e no final chega à conclusão que compensa, pois se sente feliz em proteger o filho:

Ah, é uma relação de tristeza e alegria. Tristeza, porque você gostaria muito de poder estar passando aquela proteção (...) Mas também alegria, porque eu estou ciente de que eu não dando de amamentar, ele não vai

Para as mulheres soropositivas *não amamentarem, neste momento, significava manter o fluxo da vida, a possibilidade de não vir a contaminar o filho*, possibilitando a esperança de um futuro “saúdável”, trazendo-lhes alegria em contribuir para isso^{1:74}. Sem dúvida, a esperança da vida, de um futuro melhor e de novas possibilidades mantêm o ser humano, trazendo-lhe forças para prosseguir, apesar das dificuldades¹⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os diversos sentimentos vivenciados pelas puérperas portadoras do HIV diante da impossibilidade de amamentar, circundados de elementos sociais e culturais, percebe-se o forte impacto que esta realidade denota em suas vidas e, conseqüentemente, em sua saúde. Para que essa situação seja enfrentada, juntamente com os sentimentos provocados, é importante que a mulher sinta-se segura, encontrando apoio em sua família, amigos e profissionais de saúde. Estes, em especial, precisam compreender o universo emocional e cultural desta mulher, para assim aproximarem-se da sua realidade, adequando suas orientações e cuidados durante o pré-natal, parto e puerpério, com a finalidade de serem mais efetivos.

A Enfermagem é a profissão que se dedica ao cuidado integral do ser humano, a fim de atender as necessidades humanas básicas; no hospital, está em contato com o mesmo nas vinte e quatro horas do dia. Neste ambiente, o enfermeiro cuida da mulher HIV-positiva, no puerpério, quando ela está impossibilitada de praticar o aleitamento materno, no cenário de um alojamento conjunto, vivenciando um momento único e difícil, podendo evidenciar ou não, as afetividades descritas nesse estudo.

Apresentam, portanto, necessidades emocionais e sociais de enfermagem: de serem ouvidas, compreendidas e apoiadas. Nesse momento, apesar de a mulher precisar de um apoio emocional, pode ter dificuldade em buscá-lo em outras pessoas, pelo medo de sofrer discriminação, mas poderia fazê-lo com um profissional de saúde, especialmente aquele que permanece mais tempo com ela.

Escutar o que esta mulher tem a dizer é a maior estratégia que o enfermeiro pode utilizar para ajudá-la a enfrentar essa situação. Permitir que a mesma extravase seus sentimentos mais profundos pode contribuir para que se sinta valorizada, aliviada e, ainda, possibilita que o enfermeiro esclareça dúvidas, perceba possíveis riscos para a saúde da mulher e seu filho e crie estratégias, em conjunto com esta, para que haja uma vivência saúdável desta realidade tão incômoda.

Outra estratégia que permite à mulher conversar com outras pessoas e trocar experiências é o grupo de mulheres HIV-positivas, onde todas possuem essa característica em comum e, por isso, podem sentir-se mais à vontade. Este grupo é realizado em muitas instituições e pode ser conduzido por uma equipe multiprofissional incluindo enfermeiros, psicólogos, médicos, assistentes sociais, dentre outros.

Percebe-se, portanto, que entender um pouco do universo vivenciado por esta mulher, em uma situação tão particular, cercada de valores sócio-culturais que a “pressionam” é

que as muitas responsabilidades que recaem sobre o enfermeiro dificultam que esta sensibilidade seja exercitada; todavia, o esforço de entender o contexto social, cultural e psicológico no qual se encontra a mulher HIV-positiva e mover-se para ajudá-la devem fazer parte das suas prioridades, pois compõem o que é chamado de assistência qualificada, que, certamente, faz a diferença na vida de nossos clientes, que, aliás, possuem o direito de tal cuidado.

É necessário, desta maneira, incorporar na prática assistencial, os princípios e diretrizes do nosso Sistema Único de Saúde, tais como integralidade e participação social. Assim, entenderemos que a mulher portadora do vírus da SIDA possui o direito ao acesso à saúde de qualidade, de conhecer a si, sua sociedade e as circunstâncias de seu agravo, para poder, então, tomar decisões que contribuam para sua saúde e de sua família.

Referências

1. Esteves TMB. Olhando o passado e repensando o futuro: a desconstrução do paradigma da amamentação, em relação ao vírus da imunodeficiência humana na transmissão vertical [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO; 2000.
2. Ministério da Saúde (BR). Semana Epidemiológica nº48/99 a nº22/00 de dez/1999 a jun/2000. Bol Epidemiol AIDS 2000; 13:1.
3. Ministério da Saúde (BR). 1ª a 26ª semanas epidemiológicas: jan/jun 2004. Bol Epidemiol AIDS 2004; 17: 1.
4. Matos GD. Escravidão do risco: bioética, mulheres e AIDS. Brasília (DF): Ed Universidade de Brasília/Finatec; 2005.
5. Schaurich D, Padoin SMM. Do cuidado da mulher: questões de gênero e sua incorporação no contexto HIV/AIDS. Esc Anna Nery Rev Enferm 2004 abr; 8(1):101-8.
6. Ministério da Saúde (BR). Projeto nascer. Brasília (DF); 2003.
7. Lamounier JA, Moulin ZS, Xavier CC. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. J Pediatr [on line] 2004 nov; [citado 29 nov 2005]; 80(5): [aprox 14 telas]. Disponível em <http://www.scielo.br/>.
8. Ministério da Saúde (BR). Guia de tratamento: recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília(DF); 2001.
9. George JB. Teorias de enfermagem. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993.
10. Leininger MM, McFarland M. R. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2ªed. Jones and Bartlett Publishers; 2006.
11. Santos JS. Emoção e sentimento: sua importância na vida psíquica [monografia de especialização]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Psiquiatria/ UFRJ; 2005.
12. Freitas MFQ, Rodrigues MM. Psicologia: reflexões (im) pertinentes. São Paulo(SP): Casa do Psicólogo; 1998.
13. Fortes PAC, Martins CL. A ética, a humanização e a saúde da família. Rev Bras Enferm 2000; 53 (nº esp):31-4.
14. Teixeira SVB. A Descoberta da soropositividade ao HIV na gravidez: a nova realidade [dissertação de mestrado] Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/ UNIRIO; 2005.
15. Carneiro A, Cabrita A, Menaia M. A experiência psicológica da gravidez na mulher soropositiva para o HIV Lisboa. [on line]. 2003 set; [citado 11 jun 2006]; 4º Congresso: [aprox 12 telas]. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/pdf.177.pdf>.
16. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 2ª ed. Tradução de Paulo Menezes. São Paulo(SP): Martins Fontes; 1985.
17. Hebling EM. Mulheres soropositivas para HIV: sentimentos associados à maternidade e à orfandade [tese de doutorado]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 2005.
18. Tomei PA. Inveja nas organizações. São Paulo(SP): Makron Books; 1994.
19. Moreira RO, Papelbaum M, Appolinario JC, et al. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. Arq Bras Endocrinol Metab. [on line] 2003 fev; [citado 08 jun 2006]; 47(1): [aprox. 18 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/>.
20. Bowlby J. Apego e perda. 1ªed. Tradução de Valtensir Dutra. São Paulo(SP): Martins Fontes; 1985.
21. Pasini WA. Qualidade dos sentimentos. Rio de Janeiro(RJ): Rocco; 1995.
22. Feracin JCF. Atitudes e sentimentos das mulheres que vivenciaram a gravidez e soropositividade ao vírus HIV [dissertação de mestrado]. Campinas (SP):Universidade Estadual de Campinas; 2002.
23. Viscott DS. A linguagem dos sentimentos. São Paulo (SP): Summus; 1982.

Nota

^a Este estudo é fruto do projeto de iniciação científica anteriormente denominado: *Um Olhar Sobre a Mulher HIV positiva, no Puerpério, em seu Contexto Cultural*. Neste estudo os termos amamentação e aleitamento materno foram considerados sinônimos.

Sobre as Autoras

Cristiane Barbosa Batista

Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), pertencente à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Ex-bolsista de Iniciação Científica/UNIRIO.

Leila Rangel da Silva

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, da EEAP, da UNIRIO. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Saúde da Mulher e da Criança (NuPEEMC). Orientadora do estudo.