



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá
Brasil

Rigoni Faria, Evelise; Piccinini, Cesar Augusto

REPRESENTAÇÕES MATERNAS NO CONTEXTO DO HIV: GESTAÇÃO AO SEGUNDO
ANO DA CRIANÇA

Psicologia em Estudo, vol. 20, núm. 4, outubro-diciembre, 2015, pp. 625-637

Universidade Estadual de Maringá
Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287145780011>

- 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

REPRESENTAÇÕES MATERNAS NO CONTEXTO DO HIV: GESTAÇÃO AO SEGUNDO ANO DA CRIANÇA¹

Evelise Rigoni Faria²

Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre-RS, Brasil

Cesar Augusto Piccinini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

RESUMO. O estudo investigou a relação mãe-bebê no contexto do HIV, da gestação ao segundo ano da criança, a partir das representações maternas. Participaram quatro mães soropositivas, entre 19 e 39 anos, entrevistadas na gestação e aos 3, 12 e 24 meses da criança. Análise de conteúdo qualitativa examinou os relatos maternos com base em duas categorias de representações: *sobre si mesma* e *sobre o bebê*. Os resultados indicaram que a relação mãe-bebê foi acompanhada de satisfações e desafios associados à maternidade, ao desenvolvimento infantil e à convivência com HIV. As representações sugeriram, inicialmente, um bebê vulnerável e uma mãe com sentimentos de culpa, temendo o preconceito e o estigma associado à infecção. Ao longo do tempo, as representações indicaram uma criança fortalecida e uma mãe mais segura frente à infecção e à maternidade. Preocupações com o HIV foram menos enfatizadas diante dos desafios impostos pelo desenvolvimento infantil, sobretudo entre mães que aceitavam o diagnóstico e focavam o seu enfrentamento.

Palavras-chave: HIV; relações mãe-criança; maternidade.

MATERNAL REPRESENTATIONS IN THE CONTEXT OF HIV: FROM PREGNANCY UNTIL THE CHILD'S SECOND YEAR

ABSTRACT. This study investigated the mother-child relationship in the context of HIV, from pregnancy until the infant's second year, based on maternal representations. Four HIV-positive mothers aged between 19 and 39 years old participated and were interviewed during their pregnancy and when their babies were 3, 12 and 24 months old. Content analysis was carried out based on two categories of maternal representations: *of herself*, and *of the baby*. Results indicated that the mother-child relationship was a mix of satisfactions and challenges related to motherhood, child development and living with HIV. At first, the maternal representations showed a vulnerable infant and a guilty mother who feared the prejudice and social stigma linked to the infection. Over time, the representations indicated a healthier and stronger child, and a less anxious and more secure mother. Concerns about HIV were secondary compared with the challenges posed by child development, especially among mothers who accepted the diagnosis and actively coped with HIV.

Keywords: Human Immunodeficiency Virus; mother-child relationship; motherhood.

REPRESENTACIONES MATERNAS EN EL CONTEXTO DEL VIH: EMBARAZO HASTA EL SEGUNDO AÑO DEL NIÑO

RESUMEN. Este estudio investigó la relación madre-hijo en el contexto del VIH desde el embarazo hasta el segundo año del niño, basado en representaciones maternas. Cuatro madres seropositivas participaron, con edades comprendidas entre 19 y 39 años, entrevistadas en el embarazo y en el 3, 12 y 24 meses del bebé. El análisis de contenido se llevó a cabo sobre la base de dos categorías de representaciones maternas: *sobre sí misma* y *sobre el bebé*. Los resultados indicaron la relación madre-hijo fue acompañado por las satisfacciones y desafíos relacionados con la maternidad, el desarrollo del niño y con el VIH. Inicialmente, las representaciones

¹ *Apoio e financiamento:* Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

² *E-mail:* everigoni@gmail.com

maternas ensinaram um bebê vulnerável e uma mãe culpável, que temia preconceitos e o estigma social associado à infecção. Com o tempo, as representações indicaram um filho saudável e mais forte, e uma mãe menos ansiosa e mais segura. Preocupações com o VIH eram secundárias aos desafios que apresenta o desenvolvimento dos filhos, sobretudo entre as mães que aceitam e enfrentam ativamente o VIH.

Palavras-chave: VIH; relações mãe-filho; maternidade.

Introdução

As primeiras relações mãe-bebê são de grande importância para o desenvolvimento infantil e exigem diversas adaptações da mulher e sua família (Stern, 1997). Há uma complexidade maior quando a mãe vive com HIV, uma doença estigmatizante, passível de ser transmitida ao bebê, e que depende de rigorosa adesão ao tratamento (Ministério da Saúde, 2010).

A gestação, neste contexto, traz grandes preocupações com a possibilidade de transmissão materno-infantil do vírus. Esta pode ter seu risco bastante reduzido (de 25% para zero a 2%) quando são adotadas medidas preventivas, disponibilizadas no sistema público de saúde, como o uso de antirretrovirais pela gestante e pelo bebê e a substituição do leite materno pela fórmula láctea infantil (Ministério da Saúde, 2010). O bebê será considerado não infectado quando apresentar dois exames de carga viral abaixo do limite de detecção, sendo o segundo realizado após o quarto mês de vida. Entre 12 e 18 meses, ainda é realizado o exame anti-HIV para fins de documentação do diagnóstico de soronegatividade (Ministério da Saúde, 2014).

O contexto da própria gravidez, somado a este cenário complexo de cuidados da infecção materna e ao estigma social ainda associado ao HIV, podem trazer dificuldades à vivência das relações iniciais mãe-bebê. Estudos com gestantes e mães vivendo com HIV identificaram sentimentos de forte medo e culpa pela possível infecção do bebê, e também da própria morte e impossibilidade de acompanhar o crescimento dos filhos (Faria & Piccinini, 2010; Liamputtong & Haritavorn, 2014). Também, constatou-se intensa frustração diante da não-amamentação, e preocupações com vivência de estigma e preconceito (Kelly, Alderdice, Lohan, & Spence, 2013; Trocme, Courcoux, Tabone, Leverger, & Dollfus, 2013). Neste cenário, descobrir o HIV na gravidez parece um fator de estresse adicional (Kelly et al., 2013), cuja ansiedade mobilizada pelo diagnóstico poderia obscurecer a vivência da gravidez.

Muitos destes sentimentos parecem persistir nos primeiros meses do bebê, e podem levar as mães a realizarem cuidados superprotetivos, assumindo-os elas próprias em sua totalidade (Gonçalves & Piccinini, 2008). Sintomas depressivos também são frequentes entre essas mães (Nothling, Martin, Laughton, Cotton, & Seedat, 2013), que tendem a perceber seus cuidados com o bebê de forma mais negativa (Oswalt & Biasini, 2012), podendo ser este um fator de risco para futuros problemas de comportamento infantil (Trocme et al., 2013). Entende-se que muitos sentimentos referidos na literatura não são específicos do contexto do HIV, e podem estar presentes entre mães que vivenciam outras condições de risco para o bebê. Por exemplo, entre mães de bebês prematuros é comum a presença de sentimentos de intenso medo, exaustão e superproteção (Phillips-Pula, Pickler, McGrath, Brown, & Dusing, 2013). No entanto, há evidências de que mães com HIV tendem a ser particularmente estigmatizadas. Por exemplo, Lawson, Bayly e Cey (2013) identificaram mais julgamentos negativos e desaprovação social dirigidos a estas mães do que às aquelas com outras condições clínicas (obesidade, câncer de pulmão, diabetes). Assim, pode-se pensar que o estigma relacionado ao HIV parece agregar um fator de risco importante à vivência da maternidade.

Afora as dificuldades, estudos também referem muitas satisfações com a maternidade, apesar do HIV. A maternidade tende a ser mais valorizada do que a soropositividade e, apesar das mães temerem a infecção do bebê, também se mostram confiantes no tratamento preventivo (Liamputtong & Haritavorn, 2014). Estudos revelam haver forte afeto materno em relação ao filho, além de uma constante necessidade das mães de estarem próximas de seus bebês e realizarem todos os cuidados necessários (Gonçalves & Piccinini, 2008). Neste sentido, a maternidade poderia simbolizar uma ideia de normalidade ao contexto do HIV (Kelly et al., 2013), e a relação mãe-bebê não seria negativamente afetada pela presença do vírus, sobretudo quando houvesse apoio familiar e acesso ao tratamento (Faria & Piccinini, 2010). Estudos também indicaram que, à medida que os exames confirmam a

soronegatividade dos bebês, as preocupações maternas centrariam-se sobre vivências de estigma e preconceito (Shannon, Kennedy, & Humphreys; 2008) e sobre a própria saúde (Lazarus, Struthers, & Violari; 2009).

Apesar da relevância, ainda há poucas pesquisas que abordem as relações mãe-bebê no contexto do HIV para além da gestação e primeiros meses de vida. Na verdade, os primeiros dois anos consistem em um período importante no enfrentamento da infecção por compreender o processo de testagem e confirmação do diagnóstico do bebê, ao mesmo tempo em que a mãe precisa, cada vez mais, voltar-se para o próprio cuidado diante da infecção. Além disso, é um período fundamental nas relações iniciais entre mãe e filho, marcado por rápidas mudanças no desenvolvimento infantil e cujas interações fornecem uma direção importante para o desenvolvimento emocional da criança (Stern, 1985/1992).

Com base em concepções da Psicologia do Desenvolvimento e da Psicanálise e considerando o caráter bidirecional das relações mãe-bebê, Stern (1985/1992, 1997) entende a interação como a ponte entre o mundo subjetivo da mãe e do bebê, por meio da qual o bebê vai desenvolvendo a própria noção de se relacionar com o outro. O autor denomina *representações maternas* o modo pelo qual a mãe vivencia e interpreta os eventos da experiência interativa com o bebê e considera-as uma importante influência na direção do relacionamento mãe-bebê e do desenvolvimento infantil. A experiência interativa em que a representação estaria baseada pode ser real ou imaginada, e o mundo representacional materno incluiria, além das experiências cotidianas com o bebê, fantasias, esperanças, medos, sonhos, lembranças da própria infância, modelos de pais e profecias para o futuro do bebê. Entre as diversas representações maternas, Stern (1997) destaca as *representações sobre si mesma e sobre o bebê*, cujos conceitos serão usados no presente estudo.

As representações maternas sobre si mesma são reavaliadas e reorganizadas a partir da nova realidade com o bebê, considerando-se aquelas enquanto mulher, mãe, esposa, profissional, filha, entre outras (Stern, 1997). Essas representações são constantemente transformadas no cotidiano de interações com o bebê, e cada mudança no desenvolvimento do bebê pode levar a alterações nos sentimentos maternos de competência e autoconfiança. Já as representações maternas sobre o bebê incluem as interações considerando-o em seu temperamento, personalidade e aquisições, e nos diferentes lugares que ele ocupa na família. Tais representações estão presentes desde a gestação e acompanham o desenvolvimento do bebê. Nos dois primeiros anos de vida, as interações mãe-bebê, inicialmente voltadas à regulação dos ciclos de alimentação e vigília, tem seu repertório ampliado frente ao desenvolvimento do bebê em termos cognitivos, motores, de aquisição da linguagem e de aprendizagens de regras (Stern, 1985/1992). Assim, as representações maternas sobre o bebê também se modificam à luz dessas novas aquisições.

Quanto ao contexto do HIV, poucos estudos parecem ter usado especificamente as ideias de Stern (1997) sobre representações maternas. Gonçalves e Piccinini (2008), por exemplo, identificaram que as mudanças nas representações maternas, nos primeiros meses de vida do bebê, foram atravessadas por preocupações específicas relacionadas à convivência com o vírus e à possibilidade de infecção do filho, repercutindo em cuidados superprotetivos com o bebê. Constata-se que a infecção pelo HIV parece afetar as representações maternas, em especial na gestação e nos primeiros meses do bebê. No entanto, não se sabe ao certo como essa influência se dá em momentos posteriores do desenvolvimento do bebê, sobretudo após o estabelecimento do diagnóstico, a partir dos 12 meses de vida. Assim, este estudo teve por objetivo investigar a relação mãe-bebê no contexto do HIV, da gestação ao segundo ano de vida da criança, a partir do conceito de representações maternas de Stern (1997).

Método

Participantes

Participaram quatro mães que viviam com HIV, acompanhadas da gestação até o segundo ano da criança. Na gestação, todas eram casadas, tinham entre 19 e 39 anos e diferiam em termos de

número de filhos e tempo de diagnóstico de HIV (Tabela 1). Os bebês, por sua vez, não foram infectados pelo HIV e nem apresentaram problemas graves de saúde. As participantes realizavam acompanhamento em centro de referência em HIV/Aids da rede pública de saúde de Porto Alegre-RS. Elas faziam parte do projeto de pesquisa maior *Aspectos psicossociais, adesão ao tratamento e saúde da mulher no contexto do HIV/AIDS: Contribuições de uma intervenção psicoeducativa da gestação ao segundo ano de vida do bebê - PSICAIDS* (Piccinini et al., 2005), que acompanhou 90 gestantes que viviam com HIV até o segundo ano de vida da criança e investigou diversos aspectos relativos à maternidade e desenvolvimento do bebê, além de características psicossociais e de saúde. Detalhes do projeto em termos de procedimentos e instrumentos utilizados encontram-se em Piccinini et al. (2005). A seleção dos casos para o presente estudo priorizou a heterogeneidade quanto ao contexto da gestação (primípara/múltipara) e ao momento do diagnóstico de HIV (antes/durante a gestação).

Tabela 1. Dados sociodemográficos das mães

Caso	Idade	Escolaridade	Ocupação	Casadas (tempo)	Número de filhos	Diagnóstico de HIV (tempo)
1	25	Médio completo	Serviços gerais	3 anos	0	5 meses
2	19	Fundam incompl	Do lar	2 anos	0	1,5 anos
3	39	Fundam incompl	Doméstica	1 ano	3	5 meses
4	30	Médio incompleto	Doméstica	4 anos	1	1,5 anos

Delineamento, procedimentos e instrumentos

Trata-se de um estudo de caso múltiplo (Stake, 2006), de caráter longitudinal. As participantes foram inicialmente contatadas no serviço de saúde onde realizavam acompanhamento pré-natal, quando assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e responderam à *Entrevista de Dados Sociodemográficos da Família*. No último trimestre da gestação, elas responderam à *Entrevista sobre Gestação em Situação de Infecção pelo HIV* e ao *Protocolo de Avaliação da Adesão ao Tratamento para HIV*. No terceiro mês do bebê, as mães responderam à *Entrevista sobre Maternidade em Situação de Infecção pelo HIV*, à *Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê no Contexto do HIV* e ao *Protocolo de Avaliação da Adesão ao Tratamento para HIV*. Essas entrevistas e protocolo foram reaplicados aos 12 e 24 meses da criança, em versão adaptada à cada faixa etária. As entrevistas foram realizadas no serviço de saúde, individualmente (duração aproximada de 90 minutos), gravadas e, depois, transcritas. O projeto PSICAIDS, do qual o presente estudo faz parte, foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Proc. 2005508).

Resultados e discussão

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo qualitativa (Laville & Dione, 1999), com o objetivo de se investigar a relação mãe-bebê no contexto do HIV, da gestação ao segundo ano de vida da criança, a partir do conceito de representações maternas de Stern (1997). Para o autor, as representações maternas são baseadas nas experiências interativas entre mãe e bebê, que no presente estudo foram inferidas a partir dos relatos maternos. Foram analisadas duas categorias de representações maternas sugeridas por Stern: 1) *Representações sobre si mesma*, e 2) *Representações sobre o bebê*. A primeira categoria envolveu relatos sobre como a participante percebia a si mesma como mãe e, também, vivendo com HIV. A segunda categoria incluiu relatos sobre saúde, desenvolvimento, características pessoais e físicas do bebê. A categorização do conteúdo contou com apoio do *software* de análise qualitativa Nvivo (versão 9). A seguir, cada caso

será apresentado em suas particularidades e ilustrado com relatos maternos. Ao final de cada caso, é apresentada uma breve compreensão dinâmica, com os principais aspectos longitudinais³.

Caso 1: Patrícia e Jonas⁴

Gestação: Patrícia esperava seu primeiro filho, Jonas, que foi planejado. Ela e o marido descobriram-se soropositivos na gestação e optaram por não revelar o HIV aos demais familiares. As *representações sobre si mesma* indicavam que Patrícia estava feliz com a gravidez, apesar do choque inicial frente à descoberta do vírus. Para se manter bem física e emocionalmente, buscava apoio profissional e informações sobre o HIV: *“A gente tem que erguer a cabeça e seguir como se nada tivesse acontecido, não deixar a peteca cair pelo neném, a gente tem um filho agora.”* Patrícia concentrava seus pensamentos nos aspectos positivos da realidade, tais como sua boa condição imunológica, a possibilidade de tratamento e de prevenção da infecção do bebê. Tinha preocupações próprias do momento de transição vivido, como proximidade do parto e cuidados do bebê após retorno ao trabalho, mas, também, acrescidas daquelas específicas decorrentes do HIV, como administração da medicação ao bebê e temor do preconceito. Com relação às *representações sobre o bebê*, Patrícia conseguia imaginá-lo e atribuir-lhe características físicas e psicológicas, porém, não tinha o hábito de conversar com o bebê. Ela apresentava preocupações com a saúde dele, incluindo a possibilidade de infecção pelo HIV. Para lidar com tais angústias, idealizava o bebê, imaginando-o lindo e saudável, a quem agradecia por ajudá-la a descobrir o vírus.

Três meses: As *representações sobre si mesma* eram de uma mãe segura e realizada com a maternidade, que estava consolidando seu próprio jeito de cuidar do filho. Ela sentia facilidade em compreender e atender ao bebê. Em relação ao HIV, parecia mais preocupada com a própria saúde e usava de pensamentos como *“existem doenças piores”* para se manter bem emocionalmente. Ela seguia mantendo o diagnóstico em segredo por temor do preconceito. Quanto às *representações sobre o bebê*, Jonas se desenvolvia bem e era descrito com jeito alegre, calmo e de fácil manejo. Patrícia considerava-o saudável e mais fortalecido diante do vírus: *“Agora já estou mais segura. Foi até colocar na minha cabeça que ele tá seguro, pois eu fiz o tratamento bem direitinho”*.

12 meses: As *representações sobre si mesma* mostravam que Patrícia se sentia feliz com a maternidade, mas também cansada na rotina com o filho e com dificuldades de estabelecer limites. Ela seguia consistente em seu tratamento, sem referir maiores preocupações com sua saúde. Já as *representações sobre o bebê* enfatizavam o jeito agitado e enérgico do filho, mas também seu humor agradável. Embora soronegativo e desenvolvendo-se bem, Patrícia considerava-o com risco potencial de se infectar no próprio dia a dia com os pais, por exemplo, através do contato com sangue e machucados. Apesar disso, dizia não se privar de momentos com o filho, mas sim garantir que possíveis machucados seus estivessem bem protegido com curativos.

24 meses: As *representações maternas sobre si mesma* eram de uma mulher feliz com a maternidade, mas angustiada em conciliar o tempo com o filho ao trabalho fora de casa. Patrícia se sentia cansada e com dificuldades de impor limites ao filho. Ela, inclusive, havia buscado apoio de psicólogo para isso. Quanto ao HIV, embora em boas condições de saúde, considerava que a preocupação com a infecção estaria sempre presente e seguia valendo-se do pensamento positivo como estratégia de enfrentamento. Também, seguia com o diagnóstico em segredo da família. Sobre as *representações sobre o bebê*, Patrícia considerava Jonas uma criança saudável, bem-humorada, em constante aprendizagem, porém também era agitado e com dificuldades de aceitar limites. Entendia o comportamento do filho como reivindicação pela sua atenção, já que tinha pouco tempo com ele. Patrícia novamente referiu o risco de Jonas contrair o HIV no cotidiano com os pais, sendo mais um motivo para ela se cuidar, evitando ferimentos, ou protegendo-os bem: *“Eu procuro não*

³ Na tese intitulada *Relação mãe-bebê no contexto do HIV: Investigando as representações maternas da gestação ao segundo ano de vida da criança*, da primeira autora deste artigo, disponível em www.lume.ufrgs.br, na qual se baseia o presente artigo, encontram-se diversos relatos de cada caso que não puderam ser aqui apresentados por limitações de espaço. Em função disto, as vinhetas foram editadas para reduzir sua extensão, mas sem perder a sua essência.

⁴ Todos os nomes são fictícios, preservando a identidade dos envolvidos.

pensar, mas ele fica doente e 'ai meu Deus, será que não é?' Eu acho que não tem esse perigo, mas isso preocupa porque é uma criança que vive com duas pessoas que tem o vírus".

A análise longitudinal das representações maternas indica que as *representações sobre si mesma*, inicialmente, denotavam uma identidade materna em construção, com expectativas positivas que se mantiveram mesmo diante da descoberta do HIV. Ao longo do período investigado, Patrícia foi consolidando sua identidade materna e concretizando suas expectativas positivas no cotidiano com o filho, porém, com algumas dificuldades associadas ao momento de transição vivido. A infecção pelo HIV, ao longo do período, parecia aceita pela mãe, que a enfrentava buscando manter-se bem emocionalmente, de forma que o HIV não parecia interferir intensamente na maternidade. Já os relatos associados às *representações sobre o bebê*, inicialmente, eram de um bebê investido de afeto pelos pais, mas potencialmente vulnerável por conta da infecção. Tal vulnerabilidade foi, aos poucos, substituída pela representação de um bebê saudável, com bom desenvolvimento, embora inserido em um contexto de vulnerabilidade devido ao diagnóstico dos pais. Jonas convivia com os desafios de conciliar suas constantes aquisições à aprendizagem de limites. De uma forma geral, a relação entre Patrícia e Jonas era marcada de afetos e cuidados, mas também de desafios inerentes à maternidade e ao desenvolvimento infantil. A infecção pelo HIV, sempre presente e reconhecida, não impedia o exercício da maternidade por Patrícia e nem parecia afetar diretamente o desenvolvimento infantil.

Caso 2: Regina e Paulo

Gestação: Regina esperava seu primeiro filho, Paulo. Ela sabia do diagnóstico havia um ano e meio e o revelou apenas a seu marido, que era soronegativo. As *representações sobre si mesma* mostravam uma gestante bastante ambivalente: referia desejo de engravidar, mas também dizia que a gestação não estava em seus planos porque tinha o vírus. Sentia-se feliz, mas também preocupada com o bebê. Ela vislumbrava um bom relacionamento com ele, mas também sentia insegurança, frustração por não amamentar e culpa porque seu bebê faria uso de medicação: *"Toda mãe sonha sair da sala de recuperação, pegar o filho e amamentar"*; *"Uma criança tomando remédio nem sabendo o porquê, tudo culpa minha"*. As *representações sobre o bebê* envolviam preocupações quanto à saúde e nutrição deste, já que não receberia leite materno. Ela conversava com seu bebê e explicava-lhe sobre o uso da mamadeira, para que ele compreendesse porque não seria amamentado.

Três meses: As *representações sobre si mesma* indicavam uma mãe feliz e surpreendida positivamente com seu desempenho nos cuidados do bebê. No entanto, Regina sentia-se bastante desconfortável com o uso de medicação pelo bebê, bem como a impossibilidade de amamentá-lo, embora atendesse a esses cuidados: *"Todas as mães querem proteger o filho, amamentar. Já tendo o HIV é totalmente ao contrário, tem que dar mamadeira"*; *"Se um dia inventarem a cura do vírus, a primeira coisa que eu vou pensar é em ter um filho, só para amamentar"*. Quanto às *representações sobre o bebê*, Regina mencionava o bom desenvolvimento, crescimento e saúde do filho. Apesar do temor pela infecção do filho ainda ser presente, ela estava mais confiante após o bom resultado de seu exame. Paulo era considerado calmo, alegre, carinhoso, mas também exigente. Regina preocupava-se com a nutrição dele, pois não recebera leite materno. Ela o considerava *'guloso'* e, para que ficasse satisfeito, oferecia uma quantidade maior de leite do que a recomendada pela nutricionista. Ela também relatava que Paulo não aceitava bem a medicação e relutava na hora de usá-la.

12 meses: As *representações sobre si mesma* indicavam que Regina estava feliz com a maternidade e com o filho, mais conformada por não tê-lo amamentado. Ela sentia dificuldades no estabelecimento de limites e encontrou na escola infantil uma forma de organizar a rotina do filho, que buscava manter em sua casa. Quanto ao HIV, Regina teve uma alteração metabólica devido ao uso de antirretrovirais, foi internada e ficou com medo de morrer e deixar seu filho. Houve troca de medicação e ela já estava em casa e melhor, mas por ser recente, ainda se sentia insegura de ficar sozinha com ele. Diante deste quadro, optou por revelar o diagnóstico para a mãe e a avó, que lhe apoiaram: *"Se eu soubesse, contava bem antes."* Já as *representações sobre o bebê* indicavam bom desenvolvimento e saúde do filho, considerado não-infectado pela mãe: *"O que tu ensina para ele, ele presta atenção, aí tu vira as costas e ele está fazendo: joguinhos, já separa as cores certinho"*.

Paulo era referido como de jeito carinhoso, calmo e alegre, mas também guloso, e adaptava-se bem a novas rotinas.

24 meses: As *representações maternas sobre si mesma* eram de uma mãe realizada e competente no exercício da maternidade, que valorizava o diálogo com o filho e compartilhava de suas descobertas: *“Ele está sempre me chamando: ‘Mamãe, vem ver!’ É uma maravilha! Cada dia uma coisa nova”*; *“Eu pensava que ia ser bem mais difícil, mas não, estou me saindo bem.”* Regina estava mais segura no manejo de limites do filho e na conciliação da rotina de trabalho e cuidados. Seus exames indicavam que a infecção estava controlada, no entanto, Regina faria uma histerectomia por conta de uma lesão uterina grave, cuja rápida progressão poderia estar associada à presença do HIV. Logo, não poderia mais engravidar. Para lidar com este luto, apoiava-se no sentimento de realização na relação com o filho: *“Com a cirurgia em si eu estou triste, mas só de pensar que eu já tenho um filho, que eu sempre quis ter um gurizinho, eu já to feliz, já valeu a pena tudo isso”*. Sobre as *representações sobre o bebê*, Regina descrevia Paulo como ativo, comunicativo e adaptável, e que estava aprendendo a lidar com limites. Era uma criança saudável e Regina não mais o considerava passível de infectar-se.

A análise longitudinal indica que as *representações sobre si mesma*, inicialmente, denotavam uma mãe insegura com a chegada do primeiro filho, com diversas preocupações relativas à maternidade e à presença do HIV. Esteve bastante presente intensa frustração pela impossibilidade de amamentar, com culpa pela necessidade do filho fazer uso de medicação, que parecia extravasar sobre a relação com o bebê na gestação e primeiros meses de vida, por exemplo, na alimentação excessiva do filho e nos diálogos explicando sobre o uso da mamadeira. Gradativamente, os relatos mostraram uma mãe mais confiante e segura com a maternidade, que parecia ter elaborado os lutos iniciais ocasionados pela presença do HIV, em especial quanto à não-amamentação, de forma que podia voltar-se de forma mais tranquila para a relação com o filho. Ela reconhecia as limitações oriundas da convivência com o HIV, bem como os lutos que precisava realizar diante da perspectiva de não mais gestar, sem que isso parecesse fragiliza-la no papel materno que vinha desempenhando. Já as *representações sobre o bebê*, inicialmente indicavam um bebê frágil, ameaçado pela infecção e pela falta do leite materno. Cada vez mais, o bom desenvolvimento, aprendizagens e as diversas adaptações do filho ficaram em evidência, sendo considerado não mais ameaçado pelo HIV. A partir do exposto, constata-se que, embora o diagnóstico de HIV tenha provocado uma tensão inicial, presente nas interações mãe-filho, o vírus foi, gradualmente, ocupando lugar secundário na relação entre Regina e Paulo. Embora presente e manifestando-se na saúde materna, a infecção não mais parecia afetar negativamente a relação mãe-criança.

Caso 3: Mara e Denis

Gestação: Mara engravidou do quarto filho, Denis, de forma não planejada. Ela descobriu o HIV na gestação e, até então, pouco sabia sobre o vírus, apenas entendia como uma doença fatal e sem cura. Ela recebeu apoio dos filhos e do marido, todos soronegativos. Quanto às *representações sobre si mesma*, Mara estava bastante envolvida com o bebê, com quem vislumbrava uma boa relação. Ela acreditava que seria ainda mais atenciosa com esse filho por causa do vírus, que agregava preocupações, bem como tristeza por não amamentar: *“Todos mamaram, e agora esse, saber que eu vou ter leite e não vou poder amamentar. É difícil, mas eu sei que eu não posso, não adianta”*. Apesar do choque inicial, dizia-se menos preocupada com o vírus naquele momento final da gestação. Ela fazia o tratamento recomendado, mas evitava pensar na infecção. Procurava manter a mesma rotina de antes e não gostava quando os outros preocupavam-se com sua saúde. Quanto aos relatos associados às *representações sobre o bebê*, embora Mara temesse que ele se infectasse, ela dizia *“não considerar essa possibilidade”* por realizar o tratamento preventivo. Ela imaginava seu bebê esperto e parecido com os demais filhos. Mara lhe atribuía o papel de ‘salvador’: *“O nenê veio pra não acontecer coisa pior. Acho que este nenê veio para me salvar. Se não fosse pela gravidez, eu não ia descobrir. Então fui começando a aceitar, e agora eu tô um apego com ele!”*; *“Sentir os movimentos dele foi a melhor coisa, pois senti realmente que era uma vida, que era por ele que eu tinha que lutar”*.

Três meses: As *representações sobre si mesma* eram de uma mãe carinhosa, competente nos cuidados do bebê, mas também triste por não ter amamentado. Sentindo-se mais tranquila com a maternidade, pôde falar de alguns temores que não explicitou na gestação, como o medo de não sentir afeto pelo filho ou de ter essa relação abalada pela presença do vírus. Ela assumia sozinha os cuidados com o filho e tinha dificuldade de aceitar alguma ajuda. Mara dizia não se preocupar com o vírus, pois apresentava boas condições imunológicas e não percebia limitações em sua rotina: *“É como se eu não tivesse o vírus, eu trabalho, eu faço faxina, eu deixo os pés descalços, eu lavo a casa de mangueira, não me sinto doente”*; *“Não é problema nenhum ter, acho que tem coisas bem mais graves do que ter o vírus”*. No entanto, relatou medo de que os filhos ficassem sozinhos caso viesse a adoecer e, também, desconforto de ter que responder aos questionamentos sobre o motivo de não amamentar. Quanto às *representações sobre o bebê*, essas eram de um bebê saudável e que se desenvolvia bem. Mara estava confiante de que o filho não havia se infectado, amparada pelos exames preliminares indicando soronegatividade. Denis era considerado carinhoso e sorridente e bastante dependente e apegado a ela. Mara demonstrava ambivalência a este respeito: ficava feliz por ter a preferência do filho, porém, sentia cansaço e sobrecarga por ter de estar sempre com ele, já que o filho não aceitava os cuidados de outras pessoas.

12 meses: As *representações sobre si mesma* evidenciavam uma mãe responsável e cuidadosa. Mara relatava com orgulho o quanto buscava satisfazer as vontades do filho, porém, sentia-se também cansada nesta rotina, a qual se dedicava integralmente. Ela pouco falou sobre o HIV. Referiu apenas que estava tudo bem, mas tinha medo de infectar os filhos em situações do cotidiano, como contato com ferimentos e louças e, por isso, cuidava-se para não se machucar. Nas *representações sobre o bebê*, Mara referia Denis como um bebê saudável, que se desenvolvia bem e que não mais corria o risco de se infectar pelo HIV. Considerava o filho agitado, exigente e facilmente irritável quando não atendido: *“Ele é bem humorado, mas tem dias que ele está insuportável, só chorando. É difícil, mas...às vezes, qualquer coisinha fica irritado, tem que tá caminhando com ele, não para quieto”*. Ele resistia a ser cuidado por outras pessoas ou a dormir longe de Mara, o que acabava por sobrecarregá-la.

24 meses: Mara deprimiu-se e as *representações sobre si mesma* foram afetadas por este estado depressivo. Ela associava a depressão à assimilação do seu diagnóstico de HIV (*“caiu a ficha”*), até então, de certa forma, negado: *“Ser mãe acho que não está sendo difícil; difícil é conviver com o vírus, que eu nem gosto de falar muito”*. Embora depressiva, mostrava satisfações na convivência com o filho, sentia-o apegado a ela e procurava manter-se envolvida nas atividades de cuidados, mesmo que em um ritmo diminuído. Mara percebia suas limitações naquele momento e pôde finalmente aceitar o apoio da família nos cuidados do filho. As *representações sobre o bebê* eram de uma criança saudável, com bom desenvolvimento, calmo e alegre, mas bastante apegado à mãe. Neste sentido, Mara se preocupava, pois percebia que o filho não se alimentava e sofria na sua ausência: *“Ele não pode me ver saindo, daí tem que esconder ele, senão ele chora, e fica chorando até eu voltar. Quando eu chego, aí ele não me larga, tem medo que eu saia”*.

A análise longitudinal indica que as *representações sobre si mesma*, atravessadas pela descoberta do HIV, eram, inicialmente, de uma mãe amorosa, que lidava com a angústia mobilizada pelo conhecimento do diagnóstico e espera do bebê usando estratégias baseadas na evitação do diagnóstico e na onipotência materna, demonstrada através de cuidados superprotetivos ao bebê, assumidos integralmente pela mãe. Tais estratégias, no entanto, foram insuficientes no longo prazo, denunciando o cansaço materno na atenção ao filho e o impacto mobilizado pelo diagnóstico, culminando em um quadro depressivo. Já os relatos associados às *representações sobre o bebê*, inicialmente, revelavam intensas projeções maternas, dentre elas a de ter vindo ao mundo para desvelar o diagnóstico de HIV. Assim, Denis deveria ser prontamente atendido e se mostrava brabo e exigente quando isso não ocorria. Ele também parecia sofrer o impacto do HIV ao conviver com a depressão de Mara e se mostrava inseguro nos momentos de afastamento dessa. A partir do exposto, considera-se que a relação entre Mara e Denis, de forma geral, foi marcada por afetos, mas também por dependência, ansiedade e insegurança. Embora todos esses sentimentos estejam presentes, em algum grau, em qualquer relação mãe-bebê, a sua persistência e intensidade pode avançar a fronteira entre saúde e psicopatologia. No caso de

Mara e Denis, o impacto diante do HIV, a angústia e as estratégias de enfrentamento acionadas parecem ter intensificado aqueles sentimentos, colaborando para o quadro depressivo. Felizmente, Mara estava em tratamento e se recuperando, agora sob a realidade assimilada da presença da infecção.

Caso 4: Flavia e Carol

Gestação: Flavia era mãe de um menino e esperava uma menina, Carol. Ela sabia do diagnóstico de HIV antes da gravidez, e já fazia uso de medicação. Alguns familiares e o marido, que era soronegativo, também sabiam do HIV. No entanto, os relatos associados às *representações sobre si mesma* eram atravessados pela ansiedade mobilizada pela infecção. Flavia tinha uma percepção positiva de si como mãe, desejava mais um filho e estava feliz com a espera de uma menina. Porém, ter HIV a inundava de culpa, medo e ansiedade: *“Eu fico com isso na cabeça, desde que soube da gravidez. Meu medo é maior do que tudo”*. Ela tinha medo de ser julgada por estar grávida sendo soropositiva. Por este motivo, Flavia buscava isolar-se de seu meio social: *“O dia que eu ganhar ninguém vai saber [por medo de descobrirem o HIV no hospital], e quando eu avisar, já vou estar em casa.”* As *representações sobre o bebê* também estavam atravessadas pelas ansiedades diante do HIV. Havia o medo de que a filha fosse soropositiva, viesse a falecer ou a apresentar malformações. Flavia se sentia culpada e pensava que a filha poderia precisar de cuidados redobrados após nascer. Diante de tudo isso, era difícil para Flavia imaginar como seria sua filha, em termos físicos ou de personalidade.

Três meses: As *representações sobre si mesma* eram de uma mãe mais confiante e segura nos cuidados da filha, e menos culpada, pois acreditava que não tinha lhe transmitido o vírus: *“Eu imaginava que ia ser mais difícil, até mesmo achando que ela poderia ter a doença e ia ser mais difícil pra cuidar”*. As preocupações centravam-se em conciliar o retorno ao trabalho aos cuidados da filha, embora contasse com apoio familiar. Quanto à infecção, mostrava-se menos ansiosa com julgamentos e mais preocupada com a própria saúde devido a uma baixa na sua imunidade. Sentia ansiedade quando pensava que poderia morrer e ter pouco tempo com os filhos. Quanto às *representações sobre o bebê*, a saúde e o primeiro resultado do exame asseguravam-lhe de que a filha não teria o vírus. A forte ansiedade da gestação parecia reduzida. Considerava a filha bem-humorada, às vezes braba, mas fácil de lidar.

12 meses: As *representações sobre si mesma* eram de uma mãe cuidadosa e competente na rotina com a filha: *“Sou coruja demais, muito cuidadosa, atenciosa, uma super mãe”*. Quanto ao HIV, dizia-se mais tranquila, seguia o tratamento, mantinha-se saudável e retomava situações sociais das quais havia se isolado: *“Eu sou normal, meu médico disse: ‘tu tens que te cuidar, mas tens que levar uma vida normal, senão vais entrar em depressão’, então é isso que eu tô fazendo”*. Já as *representações sobre o bebê* foram marcadas pelo bom desenvolvimento da filha e pelos resultados dos exames indicando soronegatividade. Sentia medo quando a filha adoecia, porém este não parecia intenso, já que a filha gozava de boa saúde. Carol era considerada braba e bastante sociável. Era apegada a outras pessoas da família, o que tranquilizava Flavia ao pensar que a filha ficaria bem caso ela adoecesse.

24 meses: As *representações maternas sobre si mesma* evidenciavam uma mãe carinhosa e cuidadosa com a filha, e que sabia impor limites, embora sentia-se cansada por conta do trabalho. Quanto ao HIV, percebia-se enfrentando melhor a infecção e conseguia falar mais abertamente sobre o tema. Ela mantinha bons hábitos de saúde e sabia que assim deveria ser pelo resto da vida, para fortalecer-se diante do vírus. Ela sentia urgência em deixar as coisas encaminhadas aos filhos, sobretudo financeiramente, caso viesse a falecer. Sobre os relatos associados às *representações sobre o bebê*, Carol seguia em pleno desenvolvimento, saudável e alegre. A preocupação de Flavia era quando a filha adoecia, pois sempre pensava na possibilidade de ser um sinal da infecção pelo HIV, mesmo com o diagnóstico de soronegatividade confirmado: *“Ela andou doente, aí tudo já vem na cabeça, por mais que eu saiba que os exames deram negativos, sempre vem aquela pulguinha atrás da orelha”*.

A análise longitudinal das *representações sobre si mesma*, inicialmente, denotava uma mãe angustiada, cuja culpa diante da possibilidade de infecção da filha ameaçava sua autopercepção de

boa mãe. O temor de sofrer preconceito e o medo da morte eram bastante intensos na gestação, e levavam-na a atitudes de isolamento. Aos poucos, os relatos associados às representações mostraram uma mãe mais confiante e adaptada à realidade da convivência com a infecção, cuja ansiedade foi sendo acomodada e dando espaço a uma vivência mais tranquila da maternidade. Já as *representações sobre o bebê*, inicialmente, indicavam um bebê frágil e ameaçado pelo vírus, mas que, após o nascimento, se desenvolveu bem e vinculou-se emocionalmente à Flavia. A ameaça de infecção da filha não desapareceu por completo e era percebida diante de situações de adoecimento dessa, embora de forma menos intensa. A partir do exposto, considera-se que a relação entre Flavia e Carol, inicialmente atravessada por intensa ansiedade e culpa materna, gradualmente, passou a ser marcada por um forte laço afetivo e diversas satisfações com a maternidade. Essa relação concebia a presença do HIV e a perspectiva de finitude mobilizada pela convivência com uma doença crônica, sem, no entanto, parecer prejudicar o desenvolvimento infantil.

Discussão geral

O presente estudo investigou a relação mãe-bebê no contexto do HIV, da gestação ao segundo ano de vida, a partir das representações maternas. Considerando-se as semelhanças entre os casos apresentados, ficou patente que a influência do HIV se fez sempre presente, mas de forma diversa ao longo do período investigado. Assim, apesar da infecção, a relação mãe-bebê, ao longo dos dois anos de vida da criança, foi acompanhada de diversas satisfações e alegrias e também desafios associados ao desempenho da maternidade e ao desenvolvimento infantil.

No período inicial, envolvendo gestação e primeiros três meses de vida, prevaleceram representações de uma mãe bastante culpada pela possível infecção do bebê, temerosa de ser julgada e sofrer preconceito por ser portadora de uma doença estigmatizada e por estar gestando neste contexto. Tais representações eram acompanhadas de intensa ansiedade e estes achados vão ao encontro de estudos anteriores com gestantes e mães que viviam com HIV (Faria & Piccinini, 2010; Liamputtong & Haritavorn, 2014; Trocme et al., 2013). Um aspecto bastante evidenciado na literatura, e que aqui se mostrou presente, foi a frustração pela impossibilidade de amamentar. Tal frustração se mostrou presente tanto nas representações sobre si mesma, já que a mãe precisa realizar um luto por um aspecto que culturalmente concretiza a maternidade (Liamputtong & Haritavorn, 2014), como nas representações sobre o bebê, que aparece privado do leite materno (Faria & Piccinini, 2010). Assim, as representações sobre o bebê, neste período inicial, também foram bastante influenciadas pelo contexto do HIV, pois a possibilidade de infecção e a ausência do leite materno pareciam deixá-lo mais vulnerável para estas mães. Seguindo as concepções de Stern (1997), de que as representações maternas influenciam a relação mãe-bebê, percebeu-se que as mesmas eram encenadas nas interações de maneiras diversas entre as mães, incluindo esvaziamento ou idealizações do bebê imaginário, isolamento materno e cuidados excessivos com o bebê. A presença de cuidados superprotetivos já havia sido evidenciada na literatura (Gonçalves & Piccinini, 2008) e associada ao temor de infecção do bebê, bem como atitudes mais evitativas da mãe com o bebê que, se persistentes, podem prejudicar o desenvolvimento infantil (Nothling et al., 2013; Trocme et al., 2013).

Entretanto, ao longo do primeiro e do segundo ano de vida, perceberam-se mudanças nessas representações maternas, que evidenciaram uma criança mais fortalecida diante do HIV e uma mãe mais segura frente à infecção e à maternidade. Na medida em que as ansiedades relativas à infecção pareciam diminuir, uma vez que os exames dos bebês não confirmavam a sua infecção, transpareceram ainda mais as satisfações e realizações da maternidade, do desenvolvimento infantil e da relação mãe-bebê, sendo que estes aspectos pareciam mais valorizados que a presença do HIV, corroborando achados anteriores (Gonçalves & Piccinini, 2008; Kelly et al. 2013). As principais dificuldades referidas pelas mães, no que concerne à relação mãe-bebê, eram o estabelecimento de limites e o cansaço decorrente da rotina de trabalho e atenção ao filho. Porém, tais dificuldades parecem próprias do período de desenvolvimento da criança, marcado por um incremento importante da autonomia infantil que exige grande adaptação dos pais (Stern, 1985/1992), mais do que alguma tendência específica associada ao contexto do HIV.

No primeiro e segundo ano da criança, foram referidas preocupações de que essa pudesse se infectar no cotidiano com os pais soropositivos através de contato com sangue e machucados, também presentes no estudo de Faria e Piccinini (2010). No entanto, tais preocupações não pareciam influenciar diretamente as interações maternas com o filho, mas enfatizavam o autocuidado da mãe. Também foi possível identificar que as preocupações das mães, em geral, passaram da saúde do bebê à própria saúde, tal como nos estudos de Lazarus et al. (2009) e Shannon et al. (2008). Isso porque a infecção materna seguia ativa e, em alguns casos descritos aqui, inclusive com consequências na saúde materna. Por outro lado, também se constatou que as mães que reconheciam as limitações de viver com o HIV e explicitavam suas angústias não apresentaram relatos de cuidados superprotetivos com os bebês ao final do primeiro e do segundo ano destes. Parece que a possibilidade de se conectar com suas dores e lutos auxiliava na elaboração destes sentimentos, com menos possibilidade destes extravasarem na relação mãe-bebê. Assim, pode-se pensar que a persistência de cuidados superprotetivos com o bebê, após o primeiro ano de vida, estaria mais presente entre mães que buscam evitar o contato com as ansiedades mobilizadas pelo diagnóstico, de forma que estas parecem recair sobre uma necessidade de intensa proteção do bebê.

No presente estudo, uma das mães (Caso 3) exemplificou estes achados de forma mais específica. Havia uma evitação do diagnóstico do HIV, bem como uma necessidade de superproteção do bebê, que pareciam suscitar nela a ideia de que seu filho também estaria protegido da ameaça da infecção. Essa mãe estimulava a manutenção de comportamentos dependentes do filho, mesmo quando o desenvolvimento infantil solicitava maior autonomia da criança (Stern, 1992). Diante da prevalência da ansiedade materna, entende-se que as capacidades adaptativas e singularidades do bebê pareciam ficar em segundo plano, o que pode pôr em risco seu desenvolvimento emocional (Stern, 1997). Assim, ressalta-se a importância de se atentar ao processo de aceitação e convivência com o diagnóstico de HIV pela mãe, que pode se estender por muitos meses após o nascimento, inclusive após a definição do diagnóstico do bebê. Neste sentido, auxiliar a mãe na expressão e vivência das angústias mobilizadas pelo vírus, aproximando a realidade da infecção ao invés de evitá-la, parece uma forma de prevenir que ansiedades maternas atuem nas interações mãe-bebê.

Outro aspecto que merece atenção é a associação entre depressão materna e HIV, já evidenciada na literatura (Nothling et al., 2013; Oswalt & Biasini, 2012; Trocme et al., 2013) e, também, no presente estudo. No caso em que esteve mais presente (Caso 3), a depressão materna se revelou mais intensa no segundo ano do filho, após o diagnóstico ter sido reconhecido pela mãe sob o ponto de vista emocional. Considerando-se que a depressão materna oferece risco potencial à relação mãe-bebê e ao desenvolvimento infantil (Nothling et al., 2013), reforça-se a necessidade de se atentar ao impacto do HIV sobre a saúde emocional materna e de se oferecer atendimento a estas mães.

Em síntese, os achados do presente estudo indicam que a influência do HIV sobre a relação mãe-bebê foi, gradualmente, cedendo espaço para aspectos próprios da maternidade e do desenvolvimento infantil, incluindo satisfações e desafios ao longo dos dois primeiros anos da criança. A presença do HIV era concebida pela mãe como uma vulnerabilidade sempre presente, mas menos valorizada diante das vivências proporcionadas na relação com o filho. Entretanto, esse processo parece mais possível quando a mãe consegue aceitar as limitações e possibilidades diante da infecção, focando o seu enfrentamento.

Considerações finais

Os achados do presente estudo ressaltam a importância de ampliar o foco do atendimento em saúde para além da prevenção materno-infantil do HIV, oferecendo-se atenção especial à saúde mental materna com o intuito de se proteger, também, a criança em desenvolvimento. Tal atenção consiste, também, em compreender os componentes sociais e ainda estigmatizadores que circundam o HIV, aos quais essas mães estão sujeitas. Acolhê-las, promover a busca de seus direitos e auxiliá-las a encontrar apoio social e familiar efetivo são aspectos fundamentais do atendimento a estas mães.

Cabe aqui destacar algumas limitações metodológicas do estudo. Os dados baseados em relatos de poucos casos podem não ter contemplado outros aspectos relevantes da relação mãe-bebê e visaram a compreensão dos casos sem pretensão de generalização. Assim, sugere-se a realização de estudos envolvendo um maior número de participantes e que recorram a vários instrumentos na mesma investigação, inclusive a observação direta da interação mãe-bebê, permitindo a triangulação dos achados (Stake, 2006). É importante também considerar que os dados do presente estudo só podem ser validados a partir do contexto social das participantes, que recebiam apoio familiar, não apresentavam maiores limitações físicas por conta da AIDS, tinham acesso ao acompanhamento de saúde especializado e os bebês eram soronegativos. Por fim, ressalta-se que, dado os objetivos do presente estudo, muitas temáticas importantes não foram aprofundadas aqui (ex. revelação do diagnóstico, relacionamento conjugal, direitos reprodutivos, estigma social e preconceito, impossibilidade de amamentar) e merecem novos estudos devido a sua relevância. Afora estas eventuais limitações, o presente estudo longitudinal envolvendo dois anos de acompanhamento, amplia os achados da literatura por mostrar a articulação entre o contexto do HIV, a maternidade e as relações mãe-bebê durante o período inicial do desenvolvimento infantil, em especial, após a definição do diagnóstico do bebê.

Referências

- Faria, E. & Piccinini, C. (2010). Maternidade no contexto do HIV/AIDS: Gestação e terceiro mês de vida do bebê. *Estudos de Psicologia-Campinas*, 27(2), 147-159.
- Gonçalves, T. & Piccinini, C. (2008). Experiência da maternidade no contexto do HIV/AIDS aos três meses de vida do bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 459-470.
- Kelly, C., Alderdice, F., Lohan, M., & Spence, D. (2013). "Every pregnant woman needs a midwife"-The experiences of HIV affected women in maternity care. *Midwifery*, 29(2), 132-138.
- Laville, C. & Dione, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas* (H. Monteiro & F. Settinieri, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lawson, K.L., Bayly, M., & Cey, E. (2013). Judgements regarding the acceptability of childbearing and parental fitness made towards women living with HIV. *AIDS Care*, 25(6), 676-679.
- Lazarus, R., Struthers, H., & Violari, A. (2009). Hopes, fears, knowledge and misunderstandings: Responses of HIV-positive mothers to early knowledge of the status of their baby. *AIDS Care*, 21(3), 329-334.
- Liamputtong, P. & Haritavorn, N. (2014). "My life as Mae Tid Chua [mothers who contracted HIV disease]": Motherhood and women living with HIV/AIDS in central Thailand. *Midwifery*, 30(12), 1166-1172.
- Ministério da Saúde (2010). *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.
- Ministério da Saúde. (2014). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS.
- Nothling, J., Martin, C., Laughton, B., Cotton, M., & Seedat, S. (2013). Maternal post-traumatic disorder, depression and alcohol dependence and child behaviour outcomes in mother-child dyads infected with HIV: a longitudinal study. *BMJ Open*, 3(12), 1-10.
- Oswalt, K. & Biasini, F. (2012). Characteristics of HIV infected mothers associated with increased risk of poor mother-infant interactions and infant outcomes. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(2), 83-91.
- Phillips-Pula, L., Pickler, R., McGrath, J.M., Brown, L.F. & Dusing, S.C. (2013). Caring for a preterm infant at home: A mother's perspective. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing*, 27(4), 335-44.
- Piccinini, C., Carvalho, F., Ramos, M., Gonçalves, T., Lopes, R., Hugo, C., Almeida, S., & Rossetti, M. (2005). *Aspectos psicossociais, adesão ao tratamento e saúde da mulher no contexto do HIV/AIDS: Contribuições de um programa de intervenção da gestação ao segundo ano de vida do bebê*. Unpublished Project. UFRGS/CEARGS/CDCT.
- Shannon, M., Kennedy, H., & Humphreys, J. (2008). HIV-infected mothers' foci of concern during the viral testing of their infants. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19(2), 114-126.
- Stake, R. (2006). Multiple case study analysis. New York: The Guilford Press
- Stern, D. (1992). *O mundo interpessoal do bebê: Uma visão a partir da Psicanálise e da Psicologia do Desenvolvimento* (M.A. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1985).
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais-bebê* (M.A. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Trocme, N., Courcoux, M., Tabone, M., Leverger, G., & Dollfus, C. (2013). Impact of maternal HIV status on family constructions and the infant's relational

environment during the perinatal period. *Archives de pediatrie*, 20(1), 1-8.

Recebido em 03/08/15
Aceito em 31/01/16

Evelise Rigoni Faria: Psicóloga (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS) , Especialista em Saúde Mental (Grupo Hospitalar Conceição - GHC), Mestre e Doutora em Psicologia do PPG-Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente é psicóloga do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Cesar Augusto Piccinini: Doutorado e Pós-Doutorado pela University of London (Inglaterra), Professor do PPG-Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).