

Referencia para citar este artículo: Eid, A. P., Almeida Weber, J. L. & Pizzinato, A. (2014). Maternidade e projetos vitais em jovens infectadas com HIV por transmissão vertical. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), pp. 937-950.

Maternidade e projetos vitais em jovens infectadas com HIV por transmissão vertical*

ANA PAULA EID**

Professora Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.

JOÃO LUIS ALMEIDA WEBER***

Professor Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.

ADOLFO PIZZINATO****

Professor Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.

Artículo recibido en diciembre 13 de 2013; artículo aceptado en febrero 10 de 2014 (Eds.)

• **Resumo (analítico):** *Este artigo relata uma investigação qualitativa, com objetivo de analisar, através de entrevistas narrativas autobiográficas, como jovens HIV positivas, infectadas por transmissão vertical, constroem seus projetos de vida e, sobretudo, de maternidade. A análise das entrevistas foi baseada teoricamente na Análise Crítica do Discurso (ACD). As narrativas apontam para uma construção de projeto vital baseada em quatro elementos complementares: estudo, trabalho, conjugalidade e futuro. A Maternidade é compreendida por seis elementos chave: a maternidade, gravidez planejada e não planejada, parto e puerpério, lactância, o HIV versus filho(a) são(sã) e culpa e responsabilidade. Fatores particulares, como preconceito, aspirações e medos, atravessam o cotidiano de quem convive com o HIV/Aids. As participantes percebem que a sociedade não as considera aptas para constituir família e lutar pelos seus projetos de vida.*

Palavras-chave: Saúde materna e infantil, HIV/Aids, Juventude (Tesouro de Ciências Sociais da Unesco).

Maternity and life plans among young people infected with HIV by vertical transmission

• **Abstract (analytical):** *This paper reports on a qualitative research study that analyses how female young people that are HIV positive due to vertical transmission construct their life plans and, above all their motherhood, through the analysis of narrative autobiographic interviews. The analysis of the interviews employed Critical Discourse Analysis (CDA) theory. Two areas of discussion emerged from the study: life plans and motherhood. The narratives point towards the construction of life plans based on four complementary elements: study, work, life partners and the future. The area of motherhood involves six key elements: motherhood, planned and unplanned pregnancies, birth and post-partum, breastfeeding, HIV versus a healthy child, guilt and responsibility. Particular factors*

* **Artigo de investigação científica e tecnológica.** Este estudo deriva de um projeto maior, financiado pela Capes (Ministério da Educação do Brasil) e realizado entre os anos de 2001-2013. Investigación que ha generado el artículo: "Construção do projeto de maternidade em adolescentes HIV positivas". Tiempo de realización: 03/2011 -01/2013. Registro de aprobación en el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS): 11/05633. Área do conhecimento: Psicologia. Subárea: Psicologia social.

** Graduada em Psicologia pela Unifra. Mestre em Psicologia Social pela Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Correo eletrônico: paulapsico87@hotmail.com

*** Graduando em Psicologia pela Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Correo eletrônico: jlweber27@gmail.com.

**** Graduado em Psicologia pela PUCRS e Doutor em Psicologia da Educação Pela Universitat Autònoma de Barcelona. Professor da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Programa de Pós-Graduação. Correo eletrônico: adolfo.pizzinato@puers.br



such as prejudices, aspirations and fears are crosscutting themes in the daily lives of those living with HIV/Aids. Participants perceives that society doesn't consider them fit to have a family nor fight for their life projects.

Key words: Maternal and child health, HIV/Aids, Youth (Unesco Social Sciences Thesaurus).

Maternidad y proyectos vitales en las jóvenes infectadas con VIH por Transmisión Vertical

• **Resumen (analítico):** Este artículo relata una investigación cualitativa con el objetivo de analizar a través de entrevistas narrativas, autobiográficas, cómo los jóvenes VIH positivos, infectadas con transmisión vertical, construyen sus proyectos de vida y sobretodo de maternidad. El análisis de las entrevistas se basó teóricamente en Análisis Crítico del Discurso (ACD). Emergieron dos ejes de discusión: Proyecto Vital y Maternidad. Las narrativas apuntan hacia una construcción de proyecto vital basadas en cuatro elementos complementarios: estudio, trabajo, conyugalidad y futuro. El eje discursivo Maternidad, se comprende a través de seis elementos clave: la maternidad, embarazo planeado y no planeado, parto y puerperio, la lactancia, El VIH versus hijo(a) sano(a) y culpa y responsabilidad. Factores particulares, como prejuicio, aspiraciones y miedos, atraviesan la cotidianidad de quien vive con VIH/Sida. Las participantes perciben que la sociedad no las considera aptas para crear una familia y luchar por sus proyectos de vida.

Palavras-Chave: Salud materno-infantil, VIH/Sida, Juventud (Tesouro de Ciências Sociais de la Unesco).

-1. Introdução. -2. Método. -3. Resultados e Discussão. -4. Considerações Finais. -Referências.

1. Introdução

O presente estudo relata uma pesquisa apoiada em narrativas autobiográficas de jovens com HIV frequentadoras de um Serviço de Atendimento Especializado em DST/Aids na cidade de Porto Alegre/RS. Tal cidade está no epicentro dessa doença ainda temida por muitos e, na capital, a taxa de incidência chega a 99,8 casos a cada 100 mil habitantes, ou seja, um em cada mil porto-alegrenses tem a doença, com sintomas. Em nível nacional, o Rio Grande do Sul também lidera o *ranking*, seguido de Rondônia e Amazonas (Ministério da Saúde, 2011a).

Tratando-se de uma doença de grande impacto, a evolução da epidemia no Brasil, com sua feminização (aumento do número de notificações entre as mulheres), a pauperização (aumento do número de casos de Aids em pessoas mais pobres) e juvenilização (a cada dia, mais jovens se infectam), geram um novo panorama, com implicações determinantes e interdependentes de um contexto socioeconômico-cultural. Desse modo, há necessidade de ações que integrem diferentes políticas públicas de atenção e cuidado a

essas jovens que, nessa fase, encontram-se com o projeto de construção da maternidade, idealizando seus projetos de vida (Padoim & Souza, 2007).

As mulheres são identificadas como alvo frágil, tratando-se da infecção do HIV/Aids, por esta ser uma realidade cultural em que as estruturas de gênero estão intimamente ligadas ao comportamento de prevenção ao vírus (Lima, 2005). Assim também, a feminização da epidemia do HIV está relacionada à vulnerabilidade da mulher, pelas suas características biológicas, sociais e culturais favoráveis à infecção (Uribe, Vergara & Barona, 2009, Bastos & Szwarcwald, 2000). Nessa perspectiva, reconhecer o marco histórico da feminização da Aids implica em entendê-lo como um produto histórico, cujos determinantes passam pelo contexto socio-histórico-político, de dimensão macro e microsocial, no qual a temática se insere. A percepção de risco está pautada no modo como a comunidade a qual o sujeito pertence compreende este fenômeno, assim mediando à decisão do uso de métodos preventivos (Eguiluz-Cárdenas, Torres-Pereda & Allen-Leigh, 2013). Embasado nesse entendimento de contexto, em 1983, no Brasil, confirmou-se o primeiro caso de Aids

no sexo feminino; dois anos depois, em 1985, o primeiro caso de transmissão-vertical (mãe-bebê); por conseguinte, Roberto Santos lança o primeiro programa Nacional de DST e Aids pelo Ministério da Saúde; já em 1987, em Porto Alegre houve a criação do primeiro Centro de Orientação Sorológica/Coas (Ministério da Saúde, 2011a).

Segundo o Ministério da Saúde (2011b), desde 1980 até 2010, adolescentes/jovens de 13 a 19 anos, totalizam 12.693 casos registrados com infecção pelo HIV, com oito casos em meninos para cada dez casos em meninas. Como visto, desde a identificação do HIV/Aids nos anos de 1980, até o tempo presente, a Aids deixou de ser uma doença relacionada aos outrora chamados ‘grupos de risco’, como homossexuais, profissionais do sexo ou usuários de drogas injetáveis, e passou a ser um problema da população geral, infectando também mulheres, jovens, adolescentes, esposas e mães, por estarem expostas a ‘práticas de risco’, especialmente na vivência de suas sexualidades.

Considerando a feminização e construção do projeto de maternidade na elaboração do projeto de vida de jovens HIV positivas, cabe ressaltar o conceito de Projeto Vital, onde os estudos de Damon (2009) definem-o como uma intenção estável e generalizada de alcançar alguma coisa que é ao mesmo tempo significativa para o eu e gera consequências no mundo além do eu. Esse conceito presume uma busca pessoal pelo sentido da vida, em um desejo dessas jovens de fazerem a diferença no mundo e também de aspectos que transcendem o próprio *self*. Ainda, o mesmo autor refere que o projeto vital é internalizado e assumido pelo sujeito, e deve ser visto como central em sua identidade.

Sabe-se, porém, que na juventude, conforme Mazzini et al. (2008), a maternidade, quando constituída, desencadeia a necessidade de ajustamento em diferentes dimensões do processo de viver da jovem, em especial em termos de expectativas e padrões sociais que necessitam ser ressignificados. As autoras ainda salientam que esse contexto produz mudanças na identidade e uma redefinição de papéis, redesenhando seu percurso sexual e vivencial e

posicionando a maternidade como eixo central das identificações sociais sobre essas jovens. No caso das jovens soropositivas, somam-se necessidades clínicas das mesmas ao processo de construção da maternidade. Significar social e culturalmente sua identidade ou (re)construí-la, assumindo novos papéis impostos pela maternidade é um desafio ainda mais complexo, considerando o atravessamento dos discursos médicos e morais específicos da realidade HIV positiva e na constituição de um *self* que integre essas dimensões.

Para fins deste estudo, utilizamos o conceito de juventude, caracterizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) (2000) como período evolutivo dos 15 aos 24 anos, sendo um processo de preparação, fundamentalmente psicossocial, para que os jovens venham a assumir o papel social do adulto do ponto de vista da família, da procriação, da profissão, com plenos direitos e responsabilidades. Ainda segundo a Opas, a juventude compreende duas etapas: de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos, sendo esta última muitas vezes identificada como etapa final da adolescência ou adolescência tardia, devido a isso a aproximação dos termos adolescência/jovem/juventude (Ministério da Saúde, 2000).

Nesse processo de assumir e ressignificar o *self* juvenil contemporâneo, especialmente a segunda etapa da juventude defendida pela Opas (2000), Arnett (2004) postula o conceito de *Adultez Emergente*, definido como um período dos 18 aos 25 anos, onde o(a) jovem encontra-se em um processo de transição. O *status* adulto de maior autonomia e maturidade estão muito próximos do mundo adolescente, existindo um sentimento de ambivalência entre a adolescência e a fase adulta. Nessa configuração, o indivíduo não se sente mais adolescente e ao mesmo tempo ainda não se percebe como adulto (Arnett, 2000). Muitas jovens ao engravidarem são consideradas inconsequentes, o que é reforçado quando estas são portadoras do HIV, por exporem a criança ao risco de se infectar.

Embora com os avanços da terapia antirretroviral, a qual praticamente eliminou a transmissão vertical do HIV nos Estados Unidos e Europa (Homsy et al., 2010), tal modo de

transmissão, também denominada materno-infantil, ainda é a principal via de infecção pelo HIV em crianças no Brasil (Araújo & Nogueira, 2007). A probabilidade de transmissão vertical da infecção pelo HIV, no país, foi mostrada por vários estudos (Nogueira et al., 2000, Ministério da Saúde, 2010, Araujo & Nogueira, 2007), onde cerca de 65% dos casos de transmissão ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito e os 35% restantes ocorrem intraútero, já o aleitamento materno aumenta o risco de transmissão vertical do HIV em torno de 7 a 22%.

Vivenciar a soropositividade é uma experiência complexa atravessada por questões culturais. Quando atinge as mulheres jovens, a epidemia assume peculiaridades, exigindo um exame particularizado, baseado no que se conhece da realidade feminina. Sendo uma expressão possível da feminilidade a maternidade, afirmada como um elemento forte da cultura e identidade feminina pela sua ligação com o corpo, a natureza biológica da mulher e, especialmente, as expectativas de gênero (Botti, Waidman, Marcon & Schochi, 2009, Carvalho & Piccininni, 2008).

O conceito de maternidade ao longo de sua história, segundo Pizzinato e Calesso-Moreira (2007), aparece como um conjunto de crenças e significados em constante evolução, influenciados por fatores culturais e sociais baseados em concepções acerca da mulher, da procriação e da infância, como derivativa natural e extensiva do feminino. Nessa perspectiva, a construção da maternidade pode ser considerada um evento, que varia de acordo com o contexto e o tempo histórico em que é vivenciado.

A maternidade, vista como uma variedade crescente de tipos de mães (donas de casa, chefes de família, produção independente, casais igualitários), e as diversas soluções encontradas para o cuidado das crianças (escola em tempo integral, creches públicas, babás, vizinhas que “dão uma olhadinha”, crianças entregues aos seus próprios cuidados), vão se transformando seguindo os desejos de cada mulher (Scavone, 2001). Entretanto, a maternidade continua sendo afirmada como um elemento muito forte da identidade feminina. Tal quadro se

complexifica quando a maternidade se projeta ou concretiza na juventude.

Até pouco tempo atrás, as mulheres eram preparadas para casarem jovens e procriar, legitimando expectativas do discurso social e biomédico que apontavam que a juventude era a faixa etária ideal para ter filhos. Entretanto, atualmente, num momento de transformações e mudanças sociais, políticas, de gênero e de concepção de família, ser ou tornar-se mãe enquanto jovem assume outras repercussões, e quando associada ao HIV/Aids é definida como caso de risco, sustentado pelos discursos biomédicos e morais, deixando de ser uma ocorrência casual, para ser um fato preocupante (Mazzini, Alves, Silva & Sagim, 2008, Pantoja, 2003).

Diante desse panorama, os achados na literatura corroboram com a necessidade de problematizar à questão levantada, sendo neste momento: Maternidade e HIV/Aids: uma possibilidade ou uma sentença?; -e, como visto até então, considerar a possibilidade de maternidade quando os estudos apontam a redução da transmissão vertical, o que de alguma forma exclui o papel ativo do sujeito, sem levar em consideração seus projetos de vida. A noção de sentença também se faz presente, quando se afirma a vivência da maternidade com HIV/Aids caracterizada como quadro de risco e gravidade, associado também à culpabilização, de poder gerar uma vida nas entrelinhas da soro-positividade. Portanto este artigo objetiva analisar, através de entrevistas narrativas autobiográficas, como jovens HIV positivas infectadas via transmissão vertical constroem seus projetos de vida, especialmente a maternidade.

2. Método

Foram realizadas três entrevistas narrativas autobiográficas com jovens HIV positivas que contraíram o vírus via transmissão vertical. As jovens, com idade entre 16 e 20 anos são frequentadoras de um serviço de saúde especializado em DST/Aids (SAE) na cidade de Porto Alegre/RS, as quais voluntariamente participaram. Foram assinados termos de

consentimento e de autorização por parte dos responsáveis, no caso das menores de idade, para participar da pesquisa. O presente estudo, realizado ao longo do ano de 2012, foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e pelo município de Porto Alegre (CEP N° 11/05633).

Como critério de inclusão da amostragem, levou-se em consideração a idade, ser mãe, e neste caso ter um bebê infectado via transmissão vertical, ou ainda ter o desejo de engravidar. As jovens deste estudo foram tratadas com nomes fictícios, sendo: M. (jovem que deseja engravidar), J. e B. (jovens mães). Tal referência se faz a fim de preservar o anonimato das participantes. Para a escolha da faixa etária, utilizou-se o conceito da Opas, como balizador, valendo-se assim de um intervalo de idade das participantes entre os 14 e 22 anos. As entrevistas foram coletadas em parte na residência das jovens e no Serviço de Atendimento Especializado em DST/Aids, pelo fato de ser o mais consolidado na cidade de Porto Alegre/RS. As participantes foram convidadas a compor uma narrativa de suas experiências de vida, relacionadas aos projetos de construção de maternidade, contando, selecionando e organizando os conteúdos de acordo com suas memórias e perspectivas.

A entrevista narrativa é um procedimento que utiliza colóquios não estruturados a fim de preservar a fluidez do discurso das pessoas que narram, evitando o direcionamento da fala através de um sistema fechado do tipo pergunta-resposta. A mesma empregou um tipo específico de comunicação cotidiana, o contar e escutar a história, para conseguir o objetivo (Jovchelovitch & Bauer, 2008).

Para a análise do material coletado utilizou-se a ferramenta informática para análise qualitativa de dados textuais Atlas/Ti. O Atlas/Ti está embasado nos princípios da Grounded Theory, ainda que permita ao analista realizar a análise praticamente sob qualquer perspectiva teórica. No presente estudo empregou-se a técnica da Análise de Discurso Crítica (ADC) proposta por Resende (2009), respeitando as premissas de Fairclough (2008) para a análise de discursos sociais. Tal perspectiva

de análise se definiu por uma heterogeneidade de abordagens, baseadas na identificação de problemas sociais parcialmente discursivos e identificáveis em diferentes veículos narrativos, por diferentes autores de um espaço cultural determinado. Fairclough (2008) ressalta que o interesse por estudos discursivos deve-se a teorizações sociais recentes, centradas no papel da linguagem na vida social, e também à virada lingüística, vivida recentemente nas ciências humanas e sociais.

A pesquisa qualitativa objetiva dar sentido a uma quantidade massiva de dados, reduzir o volume de informação, identificar pautas significativas e comunicar a essência do que os dados revelam. A ideia de redução de dados é um dos princípios fundamentais de qualquer pesquisa qualitativa. Sendo assim, seja qual for o marco teórico ou metodológico assumido, a classificação, categorização ou codificação dos dados é uma das primeiras atividades que se realiza. A codificação se processa mediante o desenvolvimento intencional e a rotulação de conceitos no texto que o pesquisador considera ter relevância potencial para o problema que está sendo estudado.

Foi realizada a codificação axial na presente análise, posto que, uma vez criados códigos, tanto os específicos como os genéricos (categorias e subcategorias), procedeu-se à identificação das relações entre os mesmos. O *software* possibilita relacionar códigos entre si, permitindo ao analista escolher dentre os tipos de relações previamente definidos no programa ou, então criando as suas próprias relações (de hierarquia, de intencionalidade, de relação direta, de antecipação temática, etc.) As relações representam graficamente os códigos e as relações percebidas pelo analista permitindo obter uma imagem do que está sendo representado, considerando os dados obtidos e o referencial teórico adotado (Garay et al., 2002).

3. Resultados e Discussão

As descrições dos eixos elaboradas foram realizadas a partir da seleção de falas das participantes. Ao final de cada uma das verbalizações selecionadas foram marcados

entre parênteses nomes fictícios para as participantes. Seguem abaixo os eixos e códigos selecionados a fim de melhor compreensão e entendimento deste estudo.

3.1 Projeto Vital

O primeiro eixo de análise das entrevistas agrupa falas em que as participantes mencionam um conjunto de interesses que englobam o chamado Projeto Vital das jovens participantes deste estudo. Assim, foram criados códigos para reunir o conteúdo das verbalizações das jovens HIV positivas via transmissão vertical, como: estudo, trabalho, conjugalidade e futuro.

3.1.1 Estudo

As mulheres soropositivas apresentam o menor nível de escolaridade, desde o início da epidemia, onde 54% do total de casos identificados até junho de 2009 foram de mulheres com baixa escolaridade (de nenhuma até sete anos) e 22% com oito anos e mais de escolaridade (Barbosa, 2001, Ministério da Saúde, 2011c). Conforme as falas a seguir:

“[...] na escola eu não vou mais, porque lá é chato, não é bom, não dá vontade de ir estudar lá, aí então vou largar no meio do ano, deixar pra lá, sabe, vou é procurar um emprego” (M. 16 anos).

“[...] no momento eu não estou estudando, parei na 8ª série, eu tenho poucos amigos e também não penso em estudar mais” (J. 20 anos).

Em um contexto em que profundas transformações ocorrem, as expectativas em termos de escolarização e inserção profissional caracterizam a gravidez na juventude como ‘problema’, um evento gerador de riscos, pois ao engravidar é como se a jovem estivesse rompendo com essas expectativas e desperdiçando oportunidades (Mazzini et al., 2008, Levandowski, Piccinini & Lopes, 2008).

É preciso considerar que a ocorrência da maternidade na juventude se dá em um contexto de oportunidades restritas, poucas opções de vida, e marcado por interrupções na trajetória escolar (Pantoja, 2003). Pesquisas mostraram a relação entre educação, pobreza e maternidade de jovens, onde apenas 23% das jovens que tiveram um filho antes dos 20 anos de idade haviam estudado além da oitava série,

em comparação com 44% daquelas que não tiveram filhos (Lima et al., 2004).

3.1.2 Trabalho

Observa-se que existe uma trajetória que justifica o projeto vital de tais jovens, seja pela via de dar sentido à vida e/ou a busca por um papel ativo na sociedade com a maternidade ou na conquista por um emprego que possa contribuir para a construção da vida a dois, podendo assim sentir que têm uma vida normal, esquecendo um pouco a doença, como seguem nas falas:

“[...] eu quero ir atrás do meu emprego, agora estou parada, pois estar bem na vida é estar bem empregada, ter dinheiro, um salário, ter onde morar. Poder arranjar um emprego seria ótimo. O que mais vale agora é o dinheiro, é o que estamos precisando para a casa e os móveis” (M. 16 anos).

“[...] eu não estou trabalhando e nem estudando, somente cuido da minha filha. Mas futuramente eu penso em trabalhar, assim como meu companheiro” (B. 18 anos).

As entrevistas evidenciam que o trabalho é interpretado como eixo fundamental de relação e vida social, necessário econômica e simbolicamente. O elemento trabalho permite uma melhor qualidade de vida por propiciar melhores condições financeiras e oferecer credibilidade perante a sociedade como ser produtivo, no entanto a soropositividade traz consigo também o risco de perda da capacidade para o trabalho (Castanha, Coutinho, Saldanha & Ribeiro, 2007). Tal risco deve-se a estigmatização social, onde ao mesmo tempo o sujeito é excluído, ele também pode se recluir diante da condição (González, López & Beltrán 2008). Embora o risco de transmissão seja pouco provável, assim como não há queda na capacidade de rendimento, esse fato é usado por muitos empregadores como justificativa para demissão ou recusa destas pessoas (Ferreira & Figueiredo, 2006). O trabalho e a moradia são elementos objetivos do projeto vital. Nesse sentido, o “trabalho” também pode vir a significar a construção de uma nova identidade, desassociando a condição de saúde e reafirmando o seu papel na sociedade

(Castanha et al., 2007). Contudo, a literatura aponta (Cabral, 2003) a interrupção prematura da escolaridade, diminuição da capacidade de competir no mercado de trabalho e maior instabilidade nas relações conjugais como um conjunto de fatores que ajuda a compor um quadro de desvantagem social decorrente da maternidade na juventude.

3.1.3 Conjugalidade

A ideia de conjugalidade aqui trabalhada conecta-se com a ideia de família. A própria terminologia sugere a relação entre pessoas que se unem uma à outra, com o propósito de “viver junto” (Oltamari & Otto, 2006). Ilustra-se isso nas falas a seguir:

“A gente quer ver uma casa para a gente morar, onde a gente possa rir, brincar, brigar, essas coisas, ter a nossa privacidade, ter o nosso canto” (M. 16 anos).

“Ah, eu penso em ter a nossa casa logo, ter o nosso cantinho, sair da casa da minha avó, ter a minha família” (B. 18 anos).

Compreendem-se as questões referentes à conjugalidade em sintonia com Matos (2000), que defende que, a partir do momento em que o encontro é dado entre os parceiros, a relação inicia-se com a criação de um vínculo de confiança. Formar esse laço de união significa mais do que a união de dois corpos, mas também abrange a possibilidade da jovem garantir seu relacionamento e afirmar que ela também é capaz de formar uma família, distanciando-se do estigma relacionado à sua condição de saúde. Segundo Oltamari e Otto (2006) a confiança cria no casal um sentimento de segurança e pertencimento. Assim, o relacionamento conjugal é construído sobre a forte segurança do confiar e acreditar no outro. Aqui o relacionamento conjugal apareceu como uma ligação de compromisso, confiança e segurança para que a jovem possa construir a sua família e sentir-se pertencendo à mesma. Das jovens entrevistadas, apenas em duas o relacionamento (namoro) já estava constituído com a revelação da soropositividade.

3.1.4 Futuro

São várias as perspectivas de “futuro”

manifestadas nas falas das entrevistadas. Uma é a relação que se estabelece com o diagnóstico da soropositividade, onde o “bom” futuro equivale à condição de boa saúde, garantia de vida. Outra relação condiz com aquilo que as jovens não puderam ainda concretizar para si mesmas e transformam na expectativa de vida/futuro para suas(seus) filhas(os), conforme relatam as participantes:

“O futuro ninguém prescreve, ele vai acontecendo. O que acontecer de bom está ótimo. Um ano a mais é um ano de glória” (M. 16 anos).

“Penso muito que futuramente a minha filha possa estudar em um bom colégio, que eu possa ter um bom serviço e principalmente minha família ter uma boa saúde” (B. 18 anos).

A convivência com a condição de portador acaba levando os jovens a evitarem contextos que possam oferecer problemas estigmatizantes. De acordo com Ayres, França Junior e Paiva (2006), pode haver restrições de situações cotidianas como ir à escola, trabalhar, frequentar serviços de saúde e até mesmo frequentar espaços públicos. As jovens mulheres também carregam um senso grande de arrependimento, culpabilidade, rechaço e fraqueza diante a condição (González, López & Beltrán, 2008). Tal situação acaba limitando o projeto de vida das jovens com relação ao futuro, e aquilo que não foi possível realizarem se projeta para a sua continuidade, no caso, seu(sua) filho(a). Autores como Roso (2005), Carvalho e Piccinini (2008), Paiva, Gravato e Lacerda (2002) apontaram que o desejo de ter filhos se caracteriza para dar sentido à vida ou até mesmo para a construção da identidade feminina ou de virilidade, porque talvez, na condição de soropositividade, esta seja a única saída para legitimar o seu lugar e mostrar à sociedade que é possível tornar-se mãe, pai e construir família.

3.2. Maternidade

No segundo eixo foram incluídas verbalizações acerca das relações das jovens participantes com a Maternidade, gerando códigos, como: ser mãe, gravidez: planejada e não planejada, parto e pós-parto, amamentação,

vírus HIV X filho saudável e Culpa e Responsabilidade.

3.2.1 Ser Mãe

Nesta categoria, “ser mãe” é algo que suscita questões que envolvem a maturidade para assumir a maternidade e ao mesmo tempo se contrapõe com a perda da liberdade, de uma vida sem muitos compromissos e responsabilidades, conforme as falas apresentadas:

“Eu até penso e desejo ser mãe, eu tava pensando que por um lado é bom, né, e por outro é ruim. Por um lado é bom ser mãe porque você precisa amadurecer, pensar nas coisas que sejam boas para ti e para o teu filho e até para o teu marido, já, por outro lado, não botando a culpa na criança, mas a gente perde a liberdade, essas coisas de sair à noite, beber que nem a gente faz” (M. 16 anos).

“Ser mãe pra mim é cuidar bem do meu filho e não deixar que nada de ruim aconteça com ele. Eu não me acho nova para ser mãe com 20 anos, acho essa uma idade boa” (J. 20 anos).

Socialmente, espera-se que a mulher venha a se tornar mãe. No caso de mulheres HIV positivas que são ou querem se tornar mães, seguindo o roteiro cultural “normal” para a feminilidade, elas acabam por entrar em um dilema ao violar o roteiro de “boas” mães que não expõem seus filhos à riscos de doença ou morte (Sandelowski, Barroso & Voils, 2009). Em relação a juventude, de acordo com Mazzini (2003), a maternidade significa um ganho na autonomia na passagem à vida adulta, mas acaba gerando falta de perspectiva de ascensão social e perpetuação na pobreza. Assim, tornar-se mãe e constituir família, acaba se tornando um problema social, principalmente quando associado ao HIV (Beretta et al., 2011).

J., quando menciona que ser mãe aos 20 anos é a “idade ideal”, traz à tona que é possível construir o projeto de maternidade pelo fato dela mesma ter planejado sua gravidez, realizado o pré-natal de qualidade, minimizando os riscos à sua saúde e à do filho. Sob essa perspectiva, novos desafios se colocam, pois, para os discursos biomédicos e morais vigentes, tornar-se mãe na juventude,

acompanhado do diagnóstico do HIV/Aids, é um fato preocupante e não uma ocorrência casual (Mazzini, Alves, Silva & Sagim, 2008, Pantoja, 2003).

3.2.2 Gravidez: planejada e não planejada

Das duas jovens mães entrevistadas, uma planejou a maternidade, enquanto a outra optou por esconder seu diagnóstico para o parceiro, revelando após o nascimento da filha, como observado nas falas a seguir:

“Já fazem 6 anos que estou com o pai do meu filho, ele sabia que eu tinha HIV e nós decidimos ter um filho, daí nos pegamos e resolvemos ter, minha gravidez foi planejada” (J. 20 anos).

“Eu engravidei com 16 anos, não foi planejado, foi um descuido. Só contei para meu namorado que eu era soropositiva depois que minha filha nasceu, tive medo de perder meu namorado” (B. 18 anos).

Um passo importante na construção do projeto vital das jovens é o planejamento da maternidade. Segundo informações do Ministério da Saúde (2012a), as mulheres soropositivas podem ter uma gravidez tranquila, segura e com baixo risco de infecção do bebê pelo HIV seguindo as medidas preventivas, além de ser um direito garantido por lei. Um acompanhamento que integre a família e os profissionais de saúde mostra-se, portanto, fundamental e sendo assim deve-se encorajar as mulheres a procurar auxílio nos serviços de saúde o quanto antes (Deschamps et al., 2009).

Entretanto, a gravidez não planejada faz emergir vários questionamentos. Vivemos em uma era onde somos bombardeados com informações relacionadas aos métodos contraceptivos, tratamento, qualidade de vida, entre outros, porém nem todos têm o mesmo acesso a essas informações ou ignoram sua importância por existirem outros fatores que interferem nesse processo de autocuidado (Pereira & Costa, 2006). Um exemplo, a jovem que escondeu sua condição de saúde pelo medo de perder o companheiro e acabou colocando em risco sua saúde e do filho. O Ministério da Saúde (2012a) informa que a taxa de transmissão

do HIV de mãe para o filho durante a gravidez sem qualquer tratamento pode ser de 20%.

Nesse caso, B. não realizou o pré-natal e em sua narrativa é visível um sentimento de ambivalência e até mesmo cobrança por não ter aderido ao tratamento e estar colocando a saúde do filho em risco. O medo foi o sentimento mais intenso presente nesta experiência de não enfrentar o pré-natal na condição de soropositividade, bem como não revelar sua condição de saúde.

3.2.3 Parto e Puerpério

O parto da jovem mãe J., 20 anos que realizou o pré-natal foi cesáreo. Em nenhum dos casos foi discutido o tipo de parto, conforme as falas apresentadas a seguir:

“O meu parto foi cesáreo e, como fazia tempo que havia feito o último exame, os médicos não sabiam se eu poderia fazer parto normal ou cesáreo, mas daí fizeram cesáreo para ter mais chances do neném não nascer com o vírus. Lembro que permaneci hospitalizada 2 dias e recebi alta” (J. 20 anos).

“Eu fiquei uns 5/6 dias hospitalizada porque não fiz o pré-natal. Fiz parto normal. Só contei que tinha HIV depois que minha filha nasceu. Eu dizia para as pessoas próximas que eu fazia o tratamento, mas nunca fiz, eu mentia, tinha medo que meu namorado me abandonasse” (B. 18 anos).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), vários estudos publicados antes da introdução dos esquemas antirretrovirais altamente ativos demonstraram benefício da cesariana eletiva na redução da Transmissão Vertical (TV) do HIV, se comparada a outros tipos de parto. É com a realização do pré-natal que se define a via de parto, baseada no resultado da carga viral materna a partir da 34ª semana, associada à avaliação obstétrica (Ministério da Saúde, 2010).

A jovem mãe de 17 anos que não fez o pré-natal e teve parto normal aguardava consultava médica para a realização de exames do seu filho para saber sua condição de saúde. A mesma narrou que, assim que seu filho nasceu, a equipe médica receitou três tipos de medicamentos

para reduzir o risco de desenvolvimento da TV.

3.2.4 Amamentação

Assim como está exposto na literatura da história da mulher procriar, tornar-se mãe, o ato amamentar é um elo de uma mistura de sentimentos e pertença entre mãe e filho. O que pensar quando a jovem soropositiva se vê diante de tal situação? As narrativas abaixo expressam tal significado:

“Como eu sou portadora do HIV eu não vou poder amamentar, e se eu fosse amamentar, é loucura, né, porque daí eu não estou nem aí pra minha vida e nem para a vida do bebê. Por um lado é diferente, porque tem que ter cuidados especiais com a criança, não poderei amamentar; o que para mim é o essencial da vida, poder amamentar, né, mas para que o meu filho não venha passar pelo o que eu passo, eu não poderei amamentar” (M. 16 anos).

Nunca amamentei meu filho, nem leite eu tive, porque os médicos me deram uns comprimidos no hospital que acabou secando meu leite. Eu alimento meu filho com Nestogen. Quando eu saí do hospital eles me deram quatro latas de leite e requisição para buscar mais no posto quando acabasse” (J. 20 anos).

Nesse sentido, a jovem que deseja engravidar refere-se à amamentação como essencial e torna-se consciente do ato quando assume que não gostaria que seu filho passasse pela mesma situação enfrentada. Então, não poder amamentar pode ser sentido aqui como uma quebra da relação mãe-bebê. A literatura aponta que quando a mãe deseja muito amamentar o seu filho, o momento da amamentação é muito especial, quando ocorre intensa troca afetiva entre ambos (Bisol, Vazzano & Bass, 2012).

As campanhas do Ministério da Saúde trazem a ascensão do discurso da boa mãe em prol da disseminação das práticas de cuidado com os filhos. Especialmente no que se refere à amamentação, a mulher vem tendo que incorporar cada vez mais seu papel de nutriz e de responsável pela saúde da criança, mas esquecem que essas campanhas não dão conta de um todo. A partir daí, a prática da amamentação não pode ser pensada e

afirmada apenas sob a lógica do Ministério da Saúde, deve sim ser pensada, construída e disseminada a partir da lógica amamentação-desmame, entendida como processo de saúde e doença, posicionando a mãe como principal responsável pela saúde do(da) seu(sua) filho(a), aderindo a certos cuidados com o(a) mesmo(a). É importante que as Políticas Públicas possam discutir e informar, seja através de campanhas, serviços, atendimentos, enfim, as opções de alimentação disponíveis para além da prática da amamentação.

De acordo com Paim, Silva e Labrea (2008), no Brasil as mães positivas para o HIV não têm opção da escolha informada sobre o tipo de alimentação dos bebês, pois o Ministério da Saúde contraindica o aleitamento e sustenta a substituição segura da alimentação do bebê. Fato relatado pela jovem mãe de 20 anos que recebeu as latas de leite e requisição para dar continuidade ao processo do aleitamento. O direito a receber a forma láctea no Brasil é pelo menos até o 6º mês de idade do bebê (Ministério da Saúde, 2012b).

Para uma mulher HIV positiva, a notícia de que não poderá amamentar seu filho pode ser uma das coisas mais angustiantes e difíceis da gestação. A jovem mãe de 20 anos narra que não amamentou seu filho porque recebeu uma medicação que acabou secando o seu leite e recebeu orientações de como proceder após o ocorrido. Ainda que haja apoio do sistema de saúde quanto a essa medida substitutória, há o aspecto psicológico envolvido na amamentação, como o fortalecimento do vínculo e a relação estabelecida entre a mãe e o bebê.

3.2.5 Vírus HIV X filho saudável

As jovens apresentadas expressam através das suas narrativas uma única preocupação: o desejo de que seus filhos sejam saudáveis. Saúde nesse contexto condiz com que o diagnóstico dos seus filhos não seja HIV positivo. Ao mesmo tempo, confere a não aceitação da sua condição de saúde, destacada nas falas abaixo:

“Eu quero muito um filho, mas que não seja assim que nem eu e minha mãe, porque eu quero que meu filho seja saudável, entendeu? Ai não precisa passar pelo

mesmo que eu tô passando” (M. 16 anos).

“Como eu não fiz pré-natal eu tenho um pouco de medo, mas eu acho que vai dar negativo os testes da minha filha porque ela já tomou dois tipos de remédio, espero que ela não tenha diagnóstico positivo” (B. 18 anos).

O fato de “*não ser assim que nem eu*” reflete a dificuldade de não aceitação do diagnóstico da soropositividade. Por tratar-se de uma condição de saúde cujo estigma permanece vigente na sociedade, a mesma acarreta grande impacto na vida das mulheres que convivem com a doença, podendo afetar a convivência e aceitação pelo grupo de amigos, familiares e até mesmo seus filhos. Geralmente as mulheres que convivem com o HIV/Aids sentem-se sozinhas, têm menos relações de amizade, expressam medo do preconceito, apresentam medo da doença pelo fato de associarem à morte e acabam por não se assumir na sua singularidade (Paim, Silva & Lobrea, 2008, Lima & Pedro, 2008, González, López & Beltrán 2008).

Mesmo com a necessidade da jovem ressignificar sua nova identidade após o diagnóstico do HIV/Aids, este cuidado, segundo Saldanha (2003), se constitui em relação ao outro, ou seja, na manutenção de papel de cuidadora, mesmo quando é ela quem necessita de cuidados.

3.2.6 Culpa e Responsabilidade

As narrativas das entrevistadas expressam a relação de vínculo-sentimento estabelecida entre achar um culpado/responsável pela transmissão vertical, como se segue nas falas:

“Depois que a minha relação ficou séria, a minha mãe contou para o meu namorado como foi que eu peguei o HIV [...] desde pequena a minha mãe me amamentou e então ela explicou que a culpa não era minha e ele perguntou se a culpa era dela, e ela não soube responder bem, mas quando eu estava meio que morre e não morre ela foi consultar comigo e descobriu que eu era soropositivo” (M. 16 anos).

“Eu não convivo muito com a minha mãe, então o sentimento é o mesmo, eu gosto dela, não é porque ela me passou o vírus

que eu não vou gostar dela, ela não teve culpa, quem passou pra ela foi o meu pai. Eu era muito pequena quando eu soube que era soropositivo, então eu nem sabia direito o que era, não tinha conhecimento da doença, fui me acostumando, indo ao médico, coisas assim” (J. 20 anos).

Deparadas com o diagnóstico de HIV, e colocadas frente às questões de vida e morte, as participantes constroem nessa zona de sentido o enfrentamento à epidemia pautado por suas subjetividades. Nesse sentido, torna-se comum o comportamento da ‘caça ao culpado’ pela infecção, o que isenta a mãe transmissora da culpa, justificando-se o fato de que essas jovens também se encontram nessa situação, ou seja, recebem o diagnóstico de HIV positivo via transmissão vertical e hoje projetam e/ou vivenciam a maternidade (Guerra & Seidl, 2009).

4. Considerações Finais

Este estudo proporcionou uma aproximação com a realidade de jovens HIV positivas infectadas via transmissão vertical sobre a construção dos projetos de vida e maternidade. Através das narrativas autobiográficas das jovens frequentadoras de um serviço de saúde especializado em DST/Aids de uma cidade no Estado do Rio Grande do Sul foi possível atribuir significados sobre suas trajetórias de vida em cujo percurso a infecção do HIV as acompanha.

As narrativas das participantes desta pesquisa apontam que a construção do projeto vital que é agrupada a partir de quatro elementos que se complementam: estudo, trabalho, conjugalidade e futuro. Dentre essas marcações existem fatores particulares, como o preconceito, aspirações, medos que atravessam o cotidiano de quem convive com o HIV/Aids. Tal situação manifesta-se quando se torna difícil conviver em grupo, afastando-se da escola e priorizando o trabalho como forma de melhorar a condição financeira e sentir-se útil pela via de dar sentido à vida. A conjugalidade e o futuro abarcam causas de garantia de vida através da construção familiar e condição de saúde.

Com relação à maternidade, pode-se compreender seis elementos-chave: ser mãe, gravidez não planejada e planejada, parto e puerpério, amamentação, vírus HIV X filho saudável, e culpa e responsabilidade. Ademais, vislumbramos que esses elementos associam-se e diferem-se de acordo com as narrativas apresentadas, sendo duas jovens mães e uma jovem que manifesta o desejo de engravidar.

Outro ponto importante para considerar é a diversidade de ser mulher na atualidade, para além do socio-historicamente atribuído ao feminino no marco da diversidade e da garantia simbólica de respeito aos direitos humanos. Evidencia-se que pessoas que convivem com o HIV, principalmente jovens, não são consideradas aptas para constituir família e lutar pelos seus projetos de vida, sendo consideradas ‘perigosas’, para quem os desafios cotidianos são fortemente tão significativos quanto ter consigo o diagnóstico da soropositividade.

Ainda que este estudo não pretenda generalizar, seu caráter exploratório contribui para entender os processos de motivação e de risco envolvidos na maternidade de jovens soropositivas, assim como suas perspectivas quanto ao seu futuro e do bebê. O estudo limita-se a mulheres que foram assistidas por serviços de saúde durante todo este processo, possivelmente em outra realidade os resultados obtidos seriam diferentes, ressaltando a importância para novos estudos que abranjam outras populações.

Referências

- Araújo, L. M. & Nogueira, L. T. (2007). Transmissão vertical do HIV: situação encontrada em uma maternidade de Teresina. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (4), pp. 396-399.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging Adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Arnett, J. J. (2004). What is it and what is it good for? *Child Development Perspectives*, 1 (2), pp.68-73.
- Ayres, J. R. C., França Júnior, I. & Paiva, V. (2006). Crianças e Jovens vivendo com HIV/Aids: estigma e discriminação. *Com*



- Ciência-Revista Eletrônica de Jornalismo Científico-SBPC*, 76, pp. 13-25.
- Barbosa, R. H. S. (2001). *Mulheres, reprodução e Aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+*. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Brasil.
- Bastos, F. I. & Szwarcwald, C. L. (2000). Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad. Saúde Pública*, 16 (1), pp. 65-76. Acessado em 30 de Junho de 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2213.pdf>
- Beretta, M. I. R., Clápis, C. V., Oliveira-Neto, L. A., Freitas, M. A., Dupas, G., Ruggiero S. E. M. et al. (2011). A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP. *Rev. Eletr. Enfermagem*, 13 (1), pp. 90-98. Acessado em 20 de junho de 2013, de: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n1/v13n1a10.htm
- Bisol, C., Vazzano, A. & Bass, J. (2012). *Vivências de gestantes e mães com HIV*. Caxias do Sul: Educs.
- Botti, M. L., Waidman, M. A. P., Marcon, S. S. & Scochi, M. J. (2009). Conflitos e sentimentos de mulheres portadoras de HIV/Aids: um estudo bibliográfico. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43 (1), pp. 79-86.
- Cabral, C. S. (2003). Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (2), pp. 283-292.
- Carvalho, F. T. & Piccinini, C. A. (2008). Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (6), pp. 889-898.
- Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W. & Ribeiro, C. G. (2007). Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. *Estudos de psicologia*, 24 (1), pp. 23-31.
- Damon, W. (2009). *O que o jovem quer da vida?* São Paulo: Summus.
- Deschamps, M. M., Noel, F., Bonhomme, J., Dévieux, J. G., Saint-Jean, G., Zhu, Y. et al. (2009) Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Haiti. *Rev Panam Salud Pública*, 25 (1), pp. 24-30.
- Eguiluz-Cárdenas, I., Torres-Pereda, P. & Allen-Leigh, B. (2013) Percepciones sobre uso de condón e ITS/VIH: migrantes y no-migrantes de México a EE. UU. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (2), pp. 515-526.
- Fairclough, N. (2008). *Discurso e Mudança Social*. Magalhães: Editora UnB.
- González, A. F. L., López, T. M. & Beltrán, C. A. (2008). Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 6 (2), pp. 739-768.
- Guerra, C. P. & Seidl, E. M. F. (2009). Crianças e adolescentes com HIV/Aids: uma revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. *Paideia*, 19 (42), pp. 59-65.
- Homsy, J., Moore, D., Barasa, A., Were, W., Likicho, E., Waiswa, B. et al. (2010). Breastfeeding, Mother-to-Child HIV Transmission, and Mortality Among Infants Born to HIV-Infected Women on Highly Active Antiretroviral Therapy in Rural Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, 53 (1), pp. 28-35.
- Jovchelovitch, S. & Bauer. M. W. (2008). Entrevista Narrativa. In M. W. Bauer & G. Gaskell. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Levandowski, D. C., Piccinini, C. A. & Lopes, R. C. S. (2008). Maternidade Adolescente. *Revista Estudos de Psicologia*, 25 (2), pp. 251-263.
- Lima, A. A. A & Pedro, E. N. R (2008). Crescendo com HIV/Aids: estudo com adolescentes portadoras de HIV/Aids e suas cuidadoras-familiares. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 16 (3), pp. 1-8.
- Lima, C. T. B., Feliciano K. V. O., Carvalho M. F. S., Souza A. P. P., Menabó J. B. C., Ramos, L. S. et al. (2004). Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Revista*

- Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4 (1), pp. 71-83.
- Lima, L. D. (2005). *A Concepção da Maternidade para Mães HIV Positivo Participantes do Grupo “Anjos da Guarda”*. Monografia de conclusão do Curso de Psicologia. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.
- Matos, M. (2000). *Reinvenções do Vínculo Amoroso. Cultura e Identidade de Gênero na Modernidade Tardia*. Belo Horizonte: UFMG, Rio de Janeiro: Iuperj.
- Mazzini, M. de L. H. (2003). *A construção da identidade materna na adolescente grávida*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Mazzini, M. de L. H., Alves, Z. M. M. B., Silva, M. R. S. & Sagim, M. B. (2008). Mães Adolescentes: a construção da sua identidade materna. *Ciência Cuidado e Saúde*, 7 (4), pp. 493-502.
- Ministério da Saúde (2000). *Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Acessado 5 de Julho de 2013, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_juventude.pdf
- Ministério da Saúde (2010). *Recomendações para profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes*. Brasília: Ministério de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Guia de Tratamento, Série Manuais N° 46.
- Ministério da Saúde (2011a). *Uso de antirretrovirais em gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Portal sobre Aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Acesso em 5 de Junho de 2013, de: <http://www.Aids.gov.br/pagina/uso-de-antirretrovirais-em-gestantes>
- Ministério da Saúde (2011b). *Saúde do Adolescente e do Jovem*. Brasília: Ministério de Saúde. Acesso em 28 de Setembro de 2013, de: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29660
- Ministério da Saúde (2011c). *DST E Aids entre as mulheres*. Brasília: Ministério de Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Portal sobre Mulheres contra as DST E Aids. Acesso em 8 de Julho de 2013, de: <http://sistemas.Aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=dst-e-Aids-entre-mulheres>
- Ministério da Saúde (2012a). *Uso de antirretrovirais em gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Portal sobre Aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Acesso em 26 de Dezembro de 2012, de: <http://www.Aids.gov.br/pagina/uso-de-antirretrovirais-em-gestantes>
- Ministério da Saúde (2012b). *Amamentação*. Brasília: Ministério da Saúde, Portal da saúde. Acesso em 28 de Dezembro de 2012, de: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=137&pagina=dspsdetalhcampanha&co_seq_campanha=4924
- Nogueira, S. A., Abreu, T., Oliveira, R., Araujo, L., Costa, T., Andrade, M. et al. (2000). Successful prevention of HIV transmission from mother to infant in Brazil using a multidisciplinary team approach. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 5 (2), pp. 78-86.
- Oltramari, L. C. & Otto, L. S. (2006). Conjugalidade e Aids: um estudo sobre infecção entre casais. *Psicologia & Sociedade*, 18 (3), pp. 55-61.
- Organización Panamericana de la Salud (Opas) (2000). *Recomendaciones para la atención integral de salud de los adolescentes com énfasis en salud sexual y reproductiva*. Centro de Estudios de Poblacion (Cenep). Buenos Aires: Opas.
- Padoim, S. M. M. & Souza, I. E. O. (2007). O Desafio de Prevenir a Transmissão do HIV na Mulher: Políticas Públicas e as Circunstâncias Individuais e Sociais. In S. M. M. Padoim (org.) *Aids: O que ainda há para ser dito*, (pp. 45-63). Santa Maria: UFSM.

- Paim, B. S., Silva, A. C. & Labrea, M. da G. (2008). Amamentação e HIV/Aids: uma revisão. *Boletim da Saúde*, 22 (1), pp. 67-74.
- Paiva, V., Gravato, L. & Lacerda, R. (2002). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (6), pp. 1609-1620.
- Pantoja, A. L. N. (2003). Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência em Belém do Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (2), pp. 335-343.
- Pereira, M. H. G. & Costa, F. (2006). O autocuidado em mulheres portadoras de HIV/Aids. *Psi. Saúde & Doenças*, 7 (2), pp. 77-83.
- Pizzinato, A. & Moreira, M. C. (2007). Identidad, maternidad y feminilidad: Retos de la contemporaneidad. *Revista Psico*, 38 (3), pp. 224-232.
- Resende, V. de M. (2009). *Análise de Discurso Crítica e Realismo Crítico: implicações interdisciplinares*. Campinas: Pontes.
- Roso, A. (2005). *Cultura sexual e reprodutiva em tempos de Aids: Análise transcultural dos discursos relacionados à transmissão materno-infantil do HIV-1*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Saldanha, A. A. W. (2003). *Vulnerabilidade e Construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento instável*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
- Sandelowski, M., Barroso, J. & Voils, C. I. (2009). Gender, Race/Ethnicity and Social Class in Research Reports on Stigma in HIV Positive Women. *Health Care for Women International*, 30 (4), pp. 273-288.
- Scavone, L. (2001). Motherhood: Transformation in the family and in gender relations. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 5 (8), pp. 47-60.
- Uribe, A. F., Vergara, T. & Barona, C. (2009). Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali-Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7 (2), pp. 1513-1533.