

Vergonha de ser, vergonha de ter: relatos de puérperas soropositivas para o HIV

Shame of being, shame of having: reports of HIV seropositive puerperal women

Milena Mendonça dos Santos¹

Universidade do Estado do Pará

Iassodara Collyer Soares Trindade²

Hospital da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

RESUMO

O ser feminino é construído a partir de regras e valores sociais, internalizados através do processo de socialização dos indivíduos. A quebra destas regras pode resultar no aparecimento da vergonha. Esta pesquisa objetivou reconhecer o sentimento da vergonha nos relatos de puérperas soropositivas para o HIV, internadas em uma enfermaria de um hospital de referência materno-infantil. Foi utilizado o método qualitativo, mediante a realização de uma entrevista semiestruturada. Dez puérperas submetidas ao parto cesariano nesta instituição, soropositivas para o HIV, e dentro da faixa etária acima dos 18 anos, foram entrevistadas. Verificou-se que o sentimento da vergonha esteve presente no relato das puérperas. Discute-se o manejo da equipe de saúde que, uma vez treinada para apoiar e incentivar o aleitamento materno exclusivo, encontra dificuldades e muitas vezes adota posturas pouco funcionais frente às situações nas quais a contra-indicação do aleitamento materno produz nas pacientes sentimento de vergonha e sofrimento. Levando-se em consideração o exposto, torna-se necessário que a equipe de saúde reflita sobre as implicações de suas ações na vivência do HIV pelas puérperas, durante o período de hospitalização, a fim de não causar agravos a este processo, e de contribuir para melhoria da qualidade de vida destas.

Palavras-chave: maternidade; puerpério; HIV; vergonha; psicologia hospitalar.

ABSTRACT

Being feminine is constructed from social rules and values, internalized through the socialization process of individuals. Breaking these rules may result in the appearance of shame. This study aimed to recognize the feeling of shame in reports of mothers seropositive for HIV, hospitalized in a ward of a hospital in maternal and child reference. The qualitative method was used, upon conducting a semi-structured interview. Ten mothers undergoing cesarean

¹Universidade do Estado do Pará (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde). E-mail: milenamendonca_psi@yahoo.com.br

²Hospital da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. E-mail: daracollyer@gmail.com

section in this institution, seropositive for HIV, and in the age group above 18 years, were interviewed. It was found that the feeling of shame was present in the story of mothers. This article discusses the management of the health team that once trained to support and encourage exclusive breastfeeding, finds it difficult and often takes non-functional postures in the face of situations in which the contra indication of breast feeding produces on the patients feelings of shame and suffering. Taking into account the above, it is necessary that the health staff reflect on the implications of their actions on the experience of HIV by mothers during the hospitalization period, in order not to cause injuries to this process, and to contribute to improve the quality of life of these.

Keywords: maternity; puerperium; HIV; shame; health psychology.

Considerações Iniciais

A proposta desta pesquisa surgiu a partir da assistência prestada diariamente às puérperas soropositivas para o HIV internadas no setor da Tocoginecologia, de um hospital de referência na atenção à saúde da mulher e da criança. A atuação profissional neste setor se configurava como um dos requisitos exigidos pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Este hospital tem como focos: a assistência, o ensino e a pesquisa na Atenção a Saúde da Criança, da Mulher e do Adulto; atende em sua totalidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e está cadastrado como referência na atenção à gestante de alto risco e ao recém-nascido (RN). Além disso, o hospital é certificado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), criada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, estabelecida e assinada na Declaração de Innocenti em 1990. O objetivo da IHAC é promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida, para que os elevados índices de desmame precoce sejam reduzidos. Para isso, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, os quais devem ser cumpridos pelos hospitais credenciados.

Em 2013 foi inaugurada a Unidade Materno Infantil deste hospital e, a partir de então, os atendimentos voltados para a atenção à saúde da mulher e da criança passaram a ser realizados nesta Unidade. Se, por um lado, as novas instalações das enfermarias possibilitaram modernização e melhorias

nas acomodações hospitalares, além de número reduzido de pacientes por quarto (de dois a três), por outro (nos casos de pacientes soropositivas para o HIV), estas características trouxeram prejuízos para a garantia de sigilo nos relatos, em especial durante as intervenções feitas por profissionais de saúde. Sendo assim, relatos de dados particulares tendem a se tornar públicos frente a outras pacientes e acompanhantes que ocupam leitos próximos. E, diante deste cenário, as mulheres internadas nas referidas enfermarias ficam vulneráveis a vivenciar possíveis situações de exposição e julgamentos, que podem gerar o aparecimento de reações psicológicas nas mesmas, a exemplo da vergonha.

Torna-se importante esta proposta de pesquisa na medida em que, ao se conhecer os aspectos psicológicos relacionados à vivência da maternidade, somada ao diagnóstico da soropositividade para o HIV, a atuação não somente do serviço de psicologia, como também da equipe de saúde como um todo, poderá ser repensada, a fim de se buscar o aprimoramento de habilidades técnicas e relacionais para atender cada demanda. Este tipo de intervenção tende a ser mais eficaz e alcançar resultados mais satisfatórios junto às pacientes (como a adesão ao tratamento e a busca por apoio especializado ao sair do hospital).

Assim sendo, esta pesquisa objetivou reconhecer o sentimento da vergonha nos relatos de puérperas soropositivas para o HIV, internadas nas enfermarias da Ala Santa Terezinha de um hospital de referência na atenção à saúde da mulher e da criança.

Referencial teórico

Maternidade

Nos séculos XVII e XVIII, a função da mãe no contexto da família patriarcal, composta por uma extensa prole de filhos, era unicamente destinada à procriação. Segundo Moura e Araújo (2004), a imagem da mulher no seio familiar sofreu mudanças a partir do final do século XVIII, quando se começou a fomentar a ideia de que os cuidados com o bebê e com a criança deveriam ser os focos da atenção e frutos da atuação materna, conforme explicita

Maldonado (1997, p.20): “combateu-se o emprego da ama-de-leite mercenária, incitando-se a mulher a cumprir seu ‘dever natural’ de amamentar ‘instintivamente’, como as fêmeas de outras”. Dessa forma, amamentar passou a ser sinônimo de boa mãe. De acordo com esta concepção, o ato de amamentar era visto, portanto, como algo meramente instintivo e presente, sem qualquer distinção entre as fêmeas de todas as espécies.

Para ser considerada uma boa mãe era preciso ainda que a mulher seguisse certas regras, sendo considerado o descumprimento destas uma infração às leis naturais da vida (Bettega, 2008). Assim, tornaram-se valores essenciais a atenção constante e a dedicação plena das mães para com os filhos, exaltando-se cada vez mais a “mulher-mãe, a ‘rainha do lar’, dotada de poder e respeitabilidade desde que não transcendesse o domínio doméstico” (Moura & Araújo, 2004, p. 4).

No Brasil, segundo Bettega (2008), o contexto era o mesmo da Europa, pois a concepção que se tinha da mulher envolvia: a exaltação do papel de ser mãe como instintivo, restritivo ao privado e aos filhos; a responsabilidade por diversas tarefas domésticas; e a visão de que a única satisfação da mulher deveria ser a devoção à prole. Esta nova significação impôs à mulher o dever de ser mãe, e o mito de que o amor materno deveria ser incondicional (Tourinho, 2006). A referida vocação materna passou, então, a dominar e a determinar a vida da mulher desde a infância (Azevedo & Arrais, 2006).

Com o advento da modernidade, a figura da mãe sofre modificações e a torna responsável tanto pela criação dos filhos como também a torna provedora da casa (com a entrada da mulher no mercado de trabalho), gerando para ela a acumulação de funções. Além disso, as conquistas científicas, inclusive no campo da contracepção, viabilizaram a possibilidade de planejar e escolher o momento adequado para a concepção (Bettega, 2008; Scavone, 2001). Diante disto, as mulheres tornaram-se detentoras de sua própria sexualidade, escolhendo o que realmente desejam e não simplesmente seguindo um “destino” tido como inerente à sua condição feminina (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007).

A decisão por não ter filhos, ou mesmo o adiamento tanto quanto possível deste momento, e a dedicação intensa à área profissional são agora realidade, e tem se tornado frequente entre as mulheres. Por outro lado, ao tomarem tais decisões estas mulheres ainda se tornam suscetíveis a sofrerem estigmas por estarem fora dos padrões sociais vinculados à maternidade (Bettega, 2008).

Percebe-se, portanto, que a construção do conceito de maternidade na sociedade trouxe para a modernidade um conflito de percepções. A mulher ganhou espaço público, recebendo investimentos e cobranças acerca da sua profissionalização, oportunidades de decisão sobre ter ou não filhos, mas ainda sofre com antigas representações sobre a maternidade como sendo naturalmente uma função da mulher, esperando-se que socialmente assuma o papel primordial de ser mãe (Bettega, 2008; Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007).

Independente da escolha pela maternidade ser fruto de pressões sociais ou do desejo da mulher, é interessante entender ser este um período de significativas mudanças e novas experiências, inclusive nas relações estabelecidas por esta mulher. Durante o período gestacional, as mulheres passam por diversas transformações que as preparam para a maternidade. Porém, cada mulher terá uma forma específica de vivenciar tais mudanças, de acordo com sua história de vida, seu planejamento ou não da gestação, aspectos emocionais e alterações biológicas próprias de cada fase do período gestacional (Benute, 2005).

Para Baptista e Furquim (2014), levando-se em consideração estas alterações vivenciadas pela mulher ao longo de cada fase do período gestacional, torna-se de fundamental importância que o psicólogo detenha conhecimentos técnicos acerca desses estágios, a fim de prestar a devida assistência, intervindo e orientando frente às demandas que possam emergir ao longo dos mesmos; além de sua atuação contribuir para a prevenção de transtornos psicológicos na gestante/puérpera, ou agravamento de quadros já existentes.

O período indicativo ao pós-parto é chamado de puerpério, que possui duração aproximada de três meses. A instabilidade emocional durante a

primeira semana de pós-parto é característica deste período, podendo variar da euforia para um estado depressivo rapidamente. Algumas causas para isto são pontuadas, como as alterações hormonais, a vivência do período de internação e da concretização da maternidade com a chegada do bebê (Trucharte & Knijnik, 2006).

A prática da amamentação também é igualmente característica deste momento. Porém, fatores relacionados à saúde da mulher podem impedi-la de amamentar, como, por exemplo, a soropositividade para o HIV, tendendo a ocasionar nestas mulheres o surgimento de significativo sofrimento subjetivo decorrente do confronto entre o “querer” e o “não poder” (Paiva & Galvão, 2004).

Mulheres soropositivas para o HIV e maternidade

Como referido anteriormente, apesar das transformações e mudanças de concepção ocorridas no que tange ao papel de ser mãe, ainda se observa uma idealização deste papel e se espera que toda mulher tenha o desejo de vivenciar essa experiência. Seguir as regras determinadas pela sociedade de como ser uma boa mãe gera um conflito moral no que se refere às mulheres convivendo com HIV/AIDS (Carvalho & Piccinini, 2008).

Não é raro as mulheres descobrirem durante os exames do pré-natal a sorologia positiva para o HIV (Vinhas *et al.*, 2004). E, de acordo com o estudo de Araújo *et al.* (2008), essas mulheres apresentaram fragilidade emocional em decorrência das transformações da gestação, diante da descoberta do diagnóstico da soropositividade para o HIV somado à maternidade. Pontuaram também o preconceito vivenciado e o medo de transmitir o vírus para seus filhos através da gravidez.

Moura, Kimura e Praça (2010) destacam ainda que para evitar a discriminação e o preconceito frente à descoberta da soropositividade para o HIV, algumas mulheres não compartilham a informação do diagnóstico com outras pessoas, assim como procuram ocultar todo o resto que possa estar relacionado com o tratamento e acompanhamento clínico do quadro.

Não compartilhar com outras pessoas torna esta vivência do HIV para a gestante mais pesada. O suporte familiar nesta situação é de fundamental importância para o enfrentamento, assim como para a aceitação, e para o favorecimento da adesão ao tratamento pela mulher. Em especial quando se considera que a gestação por si só já é um período de transformações que gera alterações emocionais e que demanda de apoio para que a mulher consiga vivenciá-la de uma forma menos estressora (Araújo *et al.*, 2008).

Outro fator que ocasiona significativas implicações à mulher que vivencia a gestação somada à sorologia positiva para o HIV é a contraindicação para a amamentação, configurando-se esses casos como exceções ao estimulado e preconizado pelo Ministério da Saúde quanto ao aleitamento materno; em virtude de o ato de amamentar ser considerado como situação de risco, devido a grande possibilidade de transmissão vertical para os bebês (Gonçalves & Piccinini, 2007).

Quanto a engravidar, de acordo com Carvalho e Piccinini (2008), apesar de conhecedoras do quadro clínico da soropositividade para o HIV e da possibilidade de transmissão do vírus para o bebê, um número significativo de mulheres ainda engravidam com ou sem planejamento. O estudo de Wesley *et al.* (2000 citado por Carvalho & Piccinini, 2008), pontua que não é a sorologia positiva para o HIV que mudará o desejo de ser mãe das mulheres ou as impedirá de engravidar.

Com relação às motivações para que as mulheres que convivem com o HIV/AIDS queiram engravidar, mesmo sabendo dos riscos envolvidos, os estudos de Siegel e Schrimshaw (2001 citado por Carvalho & Piccinini, 2008, p. 1895) explicitam: “porque seus companheiros queriam; porque não conseguiram acompanhar o crescimento dos filhos que já tinham; e para sentirem-se mais completas e felizes”; evidenciando, de forma significativa, a relação existente entre o ser mulher (de uma forma plena, com completude) ainda vinculada à vivência da função materna.

Processo saúde-doença

Os conceitos de saúde e de doença sofreram diversas transformações ao longo dos tempos. Para serem então compreendidos, deve-se levar em consideração o contexto histórico, social, cultural, religioso, econômico e científico de cada época, reconhecendo o processo dinâmico que contribuiu para a sua ressignificação (Scliar, 2007).

Diante disso, na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, foi elaborado um conceito de saúde que carregava um caráter ampliado (Brasil, 1986 citado por Batistella, 2014), e que enfatiza aquilo que Spink (1992) já ressaltava quanto à multicausalidade do processo do adoecimento e sua natureza psicossocial, sendo historicamente construído, abrindo espaço para discussões acerca do significado do adoecer e o sentido que este adquire para cada sujeito.

Dentro desta concepção somatopsicossocial do ser humano, Giannotti (2001, p. 22) destaca:

A medicina, a psiquiatria como um ramo desta, e a Psicologia progrediram como ciências de forma independente, até que o advento da orientação psicossomática em medicina demonstrou a necessidade de integrar estas ciências numa área de conhecimento comum (...) Assim, uma visão integradora do processo do adoecer envolve a formulação de um modelo teórico-explicativo a respeito das interações entre os fenômenos biológicos, psicológicos e sociais (...).

O psicólogo hospitalar atua tendo por base esta visão integradora e, neste contexto, visa minimizar os possíveis sofrimentos provenientes do processo de adoecimento e hospitalização, os quais implicam em diversos aspectos que influenciarão não somente este período de institucionalização hospitalar, mas também os demais contextos relacionais em que o paciente está inserido (Angerami-Camon, 2006). Segundo Simonetti (2004, p. 15) “toda doença apresenta aspectos psicológicos, toda doença encontra-se repleta de subjetividade, e por isso pode se beneficiar do trabalho da psicologia hospitalar”.

Levando-se em consideração esta visão integradora para a compreensão do processo saúde e doença, e formas de enfrentar o mesmo, Chiattonne (1988) ressalta a importância do psicólogo hospitalar atuar junto aos

familiares dos pacientes, objetivando fornecer, dentre outras coisas, o suporte, apoio, compreensão, clarificação de sentimentos e esclarecimentos devidos, além do fortalecimento (e, em alguns casos, reorganização) do grupo familiar. Angerami-Camon (1988; 1992) acrescenta ser fundamental considerar que o psicólogo, no contexto hospitalar, está inserido em uma equipe de saúde, devendo o mesmo atuar de forma integrada aos diversos saberes envolvidos na assistência aos pacientes.

Neste sentido, torna-se importante acompanhar e intervir frente às manifestações psicológicas que emergem durante o processo de adoecimento e hospitalização, além de auxiliar no favorecimento de formas de enfrentamento a estes processos; em especial junto às pacientes que vivenciam o puerpério e a soropositividade para o HIV, já que a soma destas situações, como visto anteriormente, costuma vir acompanhada de forte estigma, e tendem a acarretar alterações psicoemocionais nas pacientes. Dentre as reações psicológicas possíveis, destacamos a ocorrência do sentimento de vergonha, conforme será abordado a seguir.

Vergonha

A percepção que os indivíduos tem de si mesmos se inicia desde o nascimento e, com o tempo, a criança toma consciência de que também é percebida pelas demais pessoas. A partir de tais aquisições o sujeito começa a formação de sua identidade, e passa a se ocupar dos cuidados com a forma com a qual irá se comportar frente ao olhar alheio. Esta construção requer que a criança estabeleça um conjunto de imagens acerca de si própria, através de um autojulgamento baseado em valores (LA TAILLE, 2002a).

Um juízo de valor, segundo La Taille (2002a, p. 64) implica “uma comparação entre o que se é e o que se deseja ser, e também entre o que se é e o que os outros são”. Nesse sentido, ressalta-se que se a percepção de si é julgada através de valores, o mesmo ocorrerá quando o indivíduo passa a ser objeto do julgamento de outros.

Para o homem, o juízo alheio influencia o seu modo de agir no meio social, o que o leva a criar uma imagem aparente, carregada de valores

positivos para a sociedade (Perron, 1991 citado por La Taille, 2002a), diferente do que realmente é, objetivando satisfazer a percepção alheia (La Taille, 2002a).

Diante disso, La Taille (2002a) refere que a vergonha é desencadeada naqueles que tem consciência de que podem ser observados e expostos a outros, por conseguinte, este sentimento emerge diante dos valores que influenciam a construção da identidade dos indivíduos. A vergonha é então um sentimento de difícil definição, que carrega diversos significados, tanto de juízos negativos, quanto de juízos positivos, nas relações sociais, em nível individual e grupal.

Assim, a vergonha origina-se dessa suscetibilidade que o sujeito fica ao juízo de outrem, sendo este fato, por si só, o principal fator desencadeador da mesma, e não necessariamente as possíveis consequências (positivas ou negativas) decorrentes da ocorrência do referido julgamento. O referido juízo só se torna válido, caso o sujeito julgado aceite e compartilhe deste julgamento (La Taille, 2002a).

É importante ressaltar que aceitar e compartilhar o juízo alheio não é suficiente para o surgimento da vergonha, é necessário também que o julgador seja um sujeito legitimado para tal julgamento (La Taille, 2002b). Para isto, o mesmo deve se comportar de modo aceitável, e possuir uma imagem positiva diante dos juízos alheios. Caso contrário, não necessariamente o sentimento de vergonha emergirá no contexto (Alencar & La Taille, 2007).

A vergonha pode ser também entendida a partir de dois sentidos: positivo e negativo. Pelo lado positivo, a vergonha seria um sentimento necessário aos indivíduos para evitar comportamentos tidos como vergonhosos. Enquanto que pelo negativo é caracterizada por estes atos vergonhosos, que são aqueles não aceitos pela sociedade. Ou seja, a vergonha positiva se refere aos indivíduos em si e a negativa se remete aos comportamentos emitidos por estes (La Taille, 2002a; La Taille, 2002b).

Tais afirmações vêm confirmar a necessidade dos indivíduos em aparentar uma imagem positiva, através de atos públicos. Lembrando que para emergir o sentimento da vergonha é necessário que esta imagem aparente

seja representativa do ser do indivíduo, e que este legitime os juízos alheios. Quando isto ocorre significa dizer que o sujeito segue a um sistema de valores, caracterizando a presença da vergonha de caráter positivo, como mencionado anteriormente (La Taille, 2002a). Pode-se compreender, ainda, a vergonha positiva relacionada à articulação da moralidade com o ser do sujeito (La Taille, 2002b).

Além disso, a vergonha pode ser ainda entendida levando-se em consideração a situação temporal: passado-presente e futuro. Em situação passado-presente a vergonha é tida como um sentimento já vivenciado pelo indivíduo. Enquanto que a vergonha no futuro está relacionada a um segundo sentimento, o medo, isto é, o indivíduo apresenta o receio de vivenciar o sentimento da vergonha (Harkot-De-La-Taille, 1999 citado por La Taille, 2002a).

Ou seja, comportamentos já emitidos, que resultaram em julgamento alheio negativo, podem passar a controlar as ações futuras do sujeito julgado. O controle social, portanto, pode também ser exercido pela vergonha, já que o indivíduo escolhe agir de modo aceitável socialmente, desejável ao olhar alheio, para evitar possíveis sanções, críticas e julgamentos (Harkot-De-La-Taille, 1999).

Neste sentido, além de prováveis punições, o indivíduo pode ficar sujeito ao aparecimento da vergonha, pois, como já mencionado, nas relações interpessoais estabelecidas desde a infância (principalmente com a família), valores e regras sociais são internalizadas pela pessoa. E, além da família instituir regras, ela atribui valores a estas, o que pode vir a se tornar um forte regulador de comportamentos (Araújo, 1998).

A vergonha estaria, assim, ligada as situações de falhas e inconformidades, frente às regras e valores instituídos pelo sujeito. Para que uma violação de regras leve a emersão da vergonha torna-se, portanto, necessário que os valores deste sujeito estejam interligados e coerentes com os princípios morais, que compõe a sua identidade (Araújo, 1998).

Método

O método qualitativo foi o escolhido para esta pesquisa. A coleta de dados foi realizada na enfermaria de puerpério de cesariana (Santa Terezinha), da Gerência de Ginecologia e Obstetrícia de um hospital de referência na atenção à saúde da mulher e da criança.

Dez puérperas submetidas ao procedimento de parto cesariano na referida instituição, internadas na enfermaria Santa Terezinha, foram entrevistadas. As participantes atendiam aos critérios de inclusão, pois eram soropositivas para o HIV (independentemente de terem descoberto no próprio hospital ou fora deste), estavam dentro da faixa etária (acima de dezoito anos) e aceitaram contribuir para pesquisa.

O instrumento desta pesquisa foi a entrevista semi-estruturada (Anexo A), a qual é organizada a partir de um roteiro, previamente elaborado, com perguntas que estimulam a expressão do entrevistado, e que não contém padrões de respostas já apontadas pelo pesquisador. Isso permite ao participante a livre expressão de suas ideias durante a abordagem, conforme Manzini (1990/1991, P. 154) pontua:

Na entrevista semi-estruturada, a resposta não está condicionada a uma padronização de alternativas formuladas pelo pesquisador como ocorre na entrevista com dinâmica rígida. Geralmente a entrevista semi-estruturada está focalizada em um objetivo sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. (...). É mais adequada quando desejamos que as informações coletadas sejam fruto de associações que o entrevistado faz, emergindo, assim, de forma mais livre.

A pesquisadora se disponibilizou a atender todas as pacientes internadas na enfermaria em questão e que atendiam aos critérios de inclusão anteriormente citados. Além disso, a pesquisadora buscou estratégias para conciliar a coleta de dados com a própria rotina hospitalar das pacientes, disponibilizando adequado espaço para entrevistá-las, respeitando o quadro clínico das participantes, e verificando se o mesmo era favorável ao deslocamento destas para a referida sala, e para a entrevista proposta.

Realizou-se uma abordagem inicial junto a cada uma das participantes para estabelecer um vínculo com a puérpera, disponibilizar o serviço durante o período de hospitalização e, quando possível, já apresentar a pesquisa e tomar conhecimento da aceitação ou não da paciente. Quando a pesquisadora recebia uma resposta positiva para realização da entrevista, era marcado um horário que melhor se adequasse à rotina da enfermaria e disponibilidade da puérpera. A participante era retirada do leito e acompanhada até uma sala disponibilizada pela equipe, naquele momento, para que fosse efetuada a entrevista individualmente, em um espaço privado.

Era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pela puérpera, e assim iniciava-se a entrevista semiestruturada, conduzida pela pesquisadora, psicóloga residente do Programa de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, vinculada a UEPA. As entrevistas duraram de quarenta a noventa minutos, dependendo do que era trazido por cada participante. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas pela pesquisadora responsável.

Após a transcrição, os dados coletados foram organizados de acordo com as seguintes categorias: vergonha relacionada à vivência da soropositividade para o HIV e vergonha relacionada à vivência da maternidade somada à soropositividade para o HIV.

Cada participante foi identificada com o nome de uma flor escolhida aleatoriamente, de forma a assegurar os direitos e deveres que tangem aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, como estão previstos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo absolutamente preservado o sigilo.

Resultados e Discussão

A vergonha relacionada à vivência da soropositividade para o HIV foi exposta por seis das dez entrevistadas. As mesmas pontuaram a vergonha que tinham de serem vistas na UREDIPE (Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais) e de outras pessoas descobrirem que são soropositivas para o HIV. Duas participantes referiram

ainda o medo de alguém descobrir e espalhar a informação, evidenciando o receio de vivenciar uma situação de vergonha.

“Esse que é o meu medo, da pessoa me ver, vergonha também da pessoa descobrir que eu tenho esse negócio.” (sic ÍRIS); “medo, vergonha e tristeza, medo do que poderia acontecer, vergonha das pessoas saberem, tristeza porque é triste mesmo” (sic DÁLIA).

De acordo com Harkot-de-la-Taille (1999 citado por La Taille, 2002a), a vergonha pode ser entendida a partir da situação temporal. Através dos resultados descritos acima, verifica-se o que Harkot-de-la-Taille (1999 citado por La Taille, 2002a) classificou como vergonha futura, a qual está relacionada ao sentimento de medo. Neste caso, a pessoa sente receio de se ver em uma situação em que fique exposta aos julgamentos de outros, isto é, de vivenciar o sentimento da vergonha.

Quanto à vergonha relacionada à vivência da maternidade somada à soropositividade para o HIV, sete puérperas pontuaram este sentimento como decorrente de situações da internação, evidenciando um significativo número de momentos em que ficaram expostas a possíveis julgamentos. Seis delas relataram esta vergonha relacionada aos seus próprios períodos de internação, e uma relacionada à internação do filho na Neonatologia do hospital (quando a paciente, já de alta, o acompanhava). As primeiras indicaram como principal motivo do aparecimento desse sentimento o questionamento sobre o porquê da não amamentação, por colegas de quarto e por alguns profissionais de saúde, durante a rotina de serviços. Já a outra participante referiu vergonha de ir até o setor do hospital onde entregavam a autorização para realizar refeição, por ser submetida ao mesmo questionamento; já que neste local também eram realizadas ordenhas do Banco de Leite Humano (BLH).

“Várias vezes e eu disse meu filho não toma leite, e elas ‘ah mais por que?’ Até uma senhora que tava fazendo um negócio no peito da menina lá do quarto, ela veio falar pra mim, aí eu disse ‘não eu não amamento’, aí ela ‘mas por que?’ Aí eu disse ‘não, porque meu filho toma o leite que as meninas trazem porque eu sou b24, se a senhora não sabe o que é, então vá perguntar lá fora!’ Falei assim porque eu já tava me estressando com ela, aí eu acho que

ela perguntou, porque ela não voltou mais.[...] Com certeza eu sinto muita vergonha, é desconfortante pra mim, é difícil [...]. Porque assim, eu acho que a primeira coisa que a pessoa tem que fazer antes de entrar no quarto é ler o meu prontuário né, pra saber que eu não amamento porque eu tenho HIV e tudo mais. Mas chega lá e pergunta, eu acho que é um despreparo muito grande porque você já passou por ali, então eu acho que você já devia ter se informado. Ah não sabe? Então que só perguntasse ‘não tá amamentando?’, ‘Meu filho não pode amamentar’, ‘Ah não?! Então tá bom.’ Só isso já bastava. Mas muitos querem saber o motivo, o que que eu tenho, por que isso, por que aquilo, por que tu não amamentas, por que tu não fez leite? É tudo isso que elas me perguntam...” (sic MALVA).

Durante a internação apenas uma entrevistada relatou ter contado que convivia com o HIV às demais pacientes do quarto. O restante das participantes guardou segredo, justificando-se das mais variadas formas àquelas que as questionaram, principalmente sobre a amamentação. Dentre os motivos por elas citados, destacam-se: estar com outras patologias, como anemia e toxoplasmose; e a espera por resultados de exames.

“Igual ainda agora o rapaz chegou, o marido da mulher que tá no quarto, aí ele ‘tu não vai da mama pra tua bebê’, aí eu ‘ah não’, aí ‘por que?’, aí eu disse ‘ah porque eu fiz uns exames aí, e aí to esperando os resultados’, aí ele ‘ah tá’. Aí se a gente for responder pra cada um né?” (sic FLOR DO CAMPO).

“É, foi como eu falei pra ela ‘olha eu faço tratamento, eu sou doente de anemia, mas algumas outras complicações’, falo logo assim, ‘e eu não posso amamentar, eu não fiz leite, em vez de sair leite sai sangue e aí como o leite é o sangue então meu filho não pode tomar’.” (sic MALVA).

A ocorrência da vergonha pode também ser compreendida a partir de sua classificação de vergonha positiva. Dentro desta perspectiva, a vergonha se manifesta quando o indivíduo não está de acordo com o sistema de valores que segue, propiciando a emersão do sentimento de vergonha (La Taille, 2002a). Quando as participantes são questionadas quanto à amamentação e referem a vergonha diante disso, infere-se que estas mulheres possuem valores internalizados pautados nas regras sociais que determinam a maneira

como as mulheres devem ser. Socialmente espera-se que as mulheres não sejam portadoras de uma doença sexualmente transmissível, como o HIV, e que amamentem os filhos com a concretização da maternidade (Gonçalves & Piccinini, 2008). No entanto, as participantes em questão eram mães soropositivas para o HIV, impossibilitadas de amamentar ao seio, o que vai de encontro ao que as regras sociais determinam.

Percebe-se, portanto, que as participantes omitiram o verdadeiro motivo de não poderem amamentar, na busca pela manutenção de uma imagem aparente positiva. Para Perron (1991 citado por La Taille, 2002a) os indivíduos buscam criar uma imagem aparente para que os demais sujeitos os percebam de forma positiva e, por conseguinte, lhes julguem positivamente. Além disso, ficar exposto ao julgamento de outros, pode gerar o sentimento de vergonha, como acima foi referido pelas participantes, diante dos questionamentos realizados às mesmas.

É importante frisar que um dos fatores que contribui também para o aparecimento da vergonha é a legitimação do julgador. Não basta apenas ficar sujeito ao julgamento de outros, seja ele positivo ou negativo, e compartilhar do juízo de valor que lhe foi atribuído, é necessário também que o julgador tenha uma imagem positiva e se comporte de forma esperada e aceita pela sociedade (La Taille, 2002a; La Taille, 2002b). Nesta pesquisa, como descrito acima, as mulheres pontuaram o sentimento de vergonha frente aos questionamentos dos próprios profissionais de saúde, sendo estes sujeitos detentores do saber no contexto em que as participantes estavam inseridas, logo, infere-se que sejam julgadores legitimados por estas mulheres.

Considerações finais

Diante deste referencial teórico e da metodologia proposta nesta pesquisa foi possível alcançar o objetivo deste trabalho. Foi reconhecido, através dos resultados, que o sentimento da vergonha esteve presente nos relatos das puérperas soropositivas para o HIV, internadas na Enfermaria Santa Terezinha de um hospital de referência na atenção à saúde da mulher e da criança.

Esta instituição faz parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) sendo, portanto, um hospital que promove, protege e apoia o aleitamento materno, de modo a investir e treinar seus colaboradores em busca de condutas que estimulem o aleitamento materno exclusivo e reduzam os índices de desmame precoce. Por outro lado, o referido hospital também é considerado uma instituição de referência na assistência à gestação de alto risco, a exemplo da intervenção junto às gestantes soropositivas para o HIV. Diante disso, torna-se importante que os gestores repensem as formas de treinamento de suas equipes, com vistas à sensibilização para as situações de contraindicação à prática de aleitamento materno, não apenas através do aprimoramento dos conhecimentos, como também do estímulo ao desenvolvimento de habilidades e atitudes mais funcionais frente a esta demanda. Desta forma, acredita-se que será possível intervir junto a todas as mães e crianças que aqui estiverem internadas, levando-se em consideração as particularidades de cada uma, além de evitar quebra de sigilo quanto a diagnóstico de paciente (sem o consentimento e cuidado devidos) e, conseqüentemente, a emergência do sentimento de vergonha, conforme exposto pelas participantes desta pesquisa.

Espera-se que este trabalho contribua para o aprimoramento das atividades desempenhadas pelos profissionais de saúde junto às mulheres que convivem com o HIV e que estão vivenciando a maternidade. É necessário, portanto, que todos os profissionais de saúde atentem para as implicações possíveis decorrentes de suas ações, durante o período de hospitalização (e em momento posterior a este), na vivência do HIV por estas mulheres. A partir disso, será possível o alcance de um modelo de atenção à saúde articulado a uma visão integradora do processo de adoecer, e que tende a gerar resultados positivos junto a estas mulheres quanto à adequada adesão ao tratamento; às respostas de enfrentamento emitidas; e, conseqüentemente, quanto à melhoria da qualidade de vida destas mulheres, em todas as instâncias nas quais estão inseridas.

Sugere-se que outras pesquisas na área possam ser desenvolvidas, a fim de ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a temática e,

assim, auxiliar no aprimoramento das competências profissionais específicas que se deve ter frente a atendimentos especializados, como nos casos de mulheres que vivenciam o HIV nos processos de gestação, parto e puerpério.

REFERÊNCIAS

- Alencar, H. M. D., & Taille, Y. D. L. (2007). Humilhação: o desrespeito no rebaixamento moral. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(2), 217-231.
- Angerami-Camon, V. A. (2006). O Psicólogo no Hospital. In V. A. Angerami-Camon (Org.). *Psicologia Hospitalar - Teoria e Técnica* (pp. 15-28). São Paulo: Pioneira.
- Angerami-Camon, V. A. (Org.). (1988). *A psicologia no hospital*. São Paulo: Traço.
- Angerami-Camon, V. A. (1992). Psicologia hospitalar: pioneirismo e as pioneiras. In V. A. Angerami-Camon (Org.). *O doente, a psicologia e o hospital* (pp. 1-27). São Paulo: Pioneira.
- Araújo, M. A. L., Queiroz, F. P. A., Melo, S. P., Silveira, C. B., & Silva, R. M. (2008). Gestantes portadoras do HIV: enfrentamento e percepção de uma nova realidade. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(2), 216-223.
- Araújo, U. F. (1998). *O sentimento de vergonha como regulador moral*. Tese de doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Azevedo, K. R., & Arrais, A. D. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 269-276.
- Barbosa, P. Z., & Rocha-Coutinho, M. L. (2007). Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia Clínica*, 19(1), 163-185.
- Baptista, A. S. D. & Furquim, P. M. (2014). Enfermaria de Obstetrícia. In M. N. Baptista, & R. R. Dias. *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos* (pp. 154-175). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Batistella, C. (2007). Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In C. Batistella. *O território e o processo saúde-doença*. Disponível em: http://www.epsiv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&capitulo_id=14&autor_id=&arquivo=ver_conteudo_2. Acessado em: 28/12/2014.
- Benute, G. R. G. (2005). Acolhimento: A importância da equipe multiprofissional. In R. Ruocco, & M. Zugaib. *Pré-Natal: clínica obstétrica* (pp. 25-32), 3 ed. São Paulo: Atheneu.

- Bettega, A. G. M. (2008). *Experiências da maternidade: um olhar sobre os efeitos do período gravidez/amamentação na vida de mulheres curitibanas*. Trabalho de Conclusão de Curso de Ciências Sociais. Universidade Federal do Paraná.
- 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), 1889-1898.
- Chiattonne, H. B. C. A criança e a hospitalização (1988). In V. A. Angerami-Camon (Org.). *A psicologia no hospital* (pp. 40-132). São Paulo: Traço.
- Giannotti, A. Psicologia nas instituições médicas e hospitalares (2001). In S. M. C. Ismael, & M. F. P. Oliveira (Org.). *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia* (pp. 21-37), 2 ed. Campinas: Papirus.
- Gonçalves, T. R., & Piccinini, C. A. (2007). Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/Aids. *Psicologia USP*, 18(3), 113-142.
- Harkot-de-La-Taille, E. (1999). *Ensaio semiótico sobre a vergonha*. São Paulo: Humanitas Publicações.
- La Taille, Y. (2002a). *Vergonha, a ferida moral*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- La Taille, Y. (2002b). O sentimento de vergonha e suas relações com a moralidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 13-25.
- Maldonado, M. T. Aspectos psicológicos da gravidez, do parto e do puerpério (1997). In M. T. Maldonado. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*, (pp. 15-139). São Paulo: Saraiva.
- Manzini, E. J. (1990/1991). A entrevista na pesquisa social. *Didática*, 26/27, (pp. 149-158). São Paulo.
- Moura, S. M. S. R., & Araújo, M. F. (2004). A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. *Psicologia ciência e profissão*, 24(1), 44-55.
- Moura, E. L., Kimura, A. F., & Praça, N. S. (2010). Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(2), 206-11.
- Paiva, S. S., & Galvão, M. T. G. (2004). Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV. *Texto & contexto enfermagem*, 13(3), 414-419.
- Scavone, L. (2001). Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 5(8), 47-60.

Resolução nº 466 (2012, 12 de dezembro). Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde.

Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.

Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Spink, M. J. P. (1992). A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. *Saúde e Sociedade*, 1(2), 125-139.

Tourinho, J. G. (2006). A mãe perfeita: idealização e realidade - Algumas reflexões sobre a maternidade. *IGT na Rede*, 3(5). Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/ojs2/index.php/igtnarede/article/view/1710/2342>>. Acesso em: 16/01/2016.

Trucharte, F. A. R., & Knijnik, R. B. (2006). Estudos Psicológicos do Puerpério. In V. A. Angerami-Camon (Org.). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*, (pp. 73-98). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Vinhas, D. C. S. et al. (2004). Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(1). Disponível em: <www.fen.ufg.br>.

Anexo A – Entrevista Semiestruturada

IDENTIFICAÇÃO

Idade

Estado de civil

Número de Filhos

Escolaridade

Profissão / Ocupação

Procedência

DADOS GERAIS

Trajetória Amorosa

Vivência da sexualidade / Práticas Sexuais

Contexto da descoberta da soropositividade para o HIV

Contexto relacional

Vivências da soropositividade para o HIV

Formas de enfrentamento