

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

KIRLIAN KAROLENE ARAUJO PEREIRA

**SENTIMENTOS DAS GESTANTES E PUÉRPERAS QUE VIVEM COM HIV DIANTE DA
NÃO AMAMENTAÇÃO: revisão integrativa**

São Luís
2018

KIRLIAN KAROLENE ARAUJO PEREIRA

**SENTIMENTOS DAS GESTANTES E PUÉRPERAS QUE VIVEM COM HIV DIANTE DA
NÃO AMAMENTAÇÃO: revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora Dra. Eremita Val Rafael

São Luís

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a). Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Pereira, Kirlian Karolene Araújo. Sentimentos das gestantes e puérperas soropositivo para o HIV diante da não amamentação: revisão integrativa / Kirlian Karolene Araújo Pereira. – 2018.

69 f.

Orientador(a): Eremita Val Rafael. Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Amamentação. 2. Gestantes. 3. HIV. 4. Puérperas. 5. Sentimentos. I. Rafael, Eremita Val. II. Título.

KIRLIAN KAROLENE ARAUJO PEREIRA

**SENTIMENTOS DAS GESTANTES E PUÉRPERAS QUE VIVEM COM HIV DIANTE DA
NÃO AMAMENTAÇÃO: uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
banca de defesa do Curso de Graduação de
Enfermagem da Universidade Federal do
Maranhão.

Aprovado em ____, de _____, de _____

Nota: _____

Banca examinadora:

Prof.^a. Eremita Val Rafael (Orientadora)
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Jeanine Porto Brondani (1^a examinadora)
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a. Marinese Hermínia Santos (2^a Examinadora)
Mestre em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a. Claudia Teresa Frias Rios (1^a suplente)
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^o. Rafael de Abreu Lima (2^a suplente)
Mestre em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho ao meu Deus Soberano e Criador de todas as coisas, assim como tudo que faço. Creio que este seja a realização de parte do seu propósito na minha vida. “Porque Dele por Ele e para Ele são todas as coisas. A Ele seja a honra e a glória para todo sempre!”

Dedico também aos meus pais José Mauricio de Jesus Pereira e Maria da Anunciação Araújo Pereira e aos meus irmãos José Mauricio de Jesus Pereira Junior, Maury Araújo Pereira e Kilma Karine Araújo Pereira. Eu faço parte de uma família linda e abençoada, na qual sou muito feliz e grata a Deus em fazer parte.

Dedico por fim a todos meus familiares e amigos que contribuíram para concretização deste propósito.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, o meu amigo de todos os momentos, por seu amor bondade e misericórdia que me alcançou, a sabedoria e capacitação que me concedeu para realizar este projeto. O Senhor sempre me abençoando da forma além do que eu pudesse imaginar. O meu coração hoje e sempre transborda de gratidão a Ti meu Deus, eu te amo! A Ele seja a honra a glória e todo o louvor para sempre amém!

À **Universidade Federal do Maranhão**, em especial ao Curso de Enfermagem pelos subsídios oferecidos para a minha formação acadêmica.

À minha orientadora e queridíssima professora **Eremita Val Rafael**. Obrigada por ter dedicado tempo para me ajudar, por acreditar e me incentivar a concluir este trabalho, levo comigo o teu exemplo como profissional e o belo trabalho que fazes com tanto amor. Que Deus te abençoe sempre!

Às professoras **Jeanine Porto Brondani, Marinese Hermínia Santos, Claudia Teresa Frias Rios** e ao professor **Rafael de Abreu Lima** por terem sido tão cordiais ao aceitarem compor a banca examinadora.

À minha mãe **Maria da Anunciação Araújo Pereira** por ser um exemplo de mulher batalhadora e forte. Obrigada por sempre incentivar e acreditar em mim, por me acompanhar em todas as noites em claro que passei estudando, sua presença me motivava e inspirava a continuar. Ao meu pai **José Mauricio de Jesus Pereira** por seu cuidado e ajuda. Aos meus irmãos **José Mauricio Junior, Maury Araújo e Kilma Araújo**, obrigada por tudo. Ao meu tio **Agnaldo Gomes**, sua esposa **Divina Araújo**, obrigada pelo incentivo e apoio. Aos meus primos **Gabriel Araújo e Agnaldo Junior**, obrigada por trazerem alegria a minha vida e por sempre que eu saía de casa, falarem: "Kiki, se cuida!", amo vocês. Ao meu tio **Adriano Pereira**, obrigada por sempre estar de braços estendidos para me ajudar. Enfim, a toda minha família.

Às minhas queridas amigas **Sandra Moraes e Nathalia Cristina**, obrigada por sempre acreditarem em mim, pelo incentivo, pela palavra amiga e de motivação em todas as horas, vocês são benção de Deus na minha vida.

Aos meus queridos irmãos da minha **Congregação Getsêmani**, obrigada pelas vossas intercessões.

Aceite a situação que o seu corpo e que a sua vida te coloca. Não conseguir amamentar pode ser bastante frustrante, mas nada mudará a sua relação com o seu filho. Confie em todos os outros laços que você tem a desenvolver com ele e fortaleça a relação entre vocês dois.

Autor desconhecido

RESUMO

Introdução: A Síndrome da Imunodeficiência Humana-AIDS, configura-se uma pandemia que atinge homens e mulheres. Sendo uma das formas de transmissão do vírus HIV, causador desta doença, a transmissão vertical pode ocorrer na gestação, no parto e puerpério por meio da amamentação. Diante disto medidas de profilaxia foram implementadas pelo Ministério da Saúde na tentativa de reduzir a transmissão vertical, tais como, a suspensão do aleitamento materno. Sabe-se que a amamentação possui inúmeras vantagens, tanto para a criança quanto para a lactante, entretanto mulheres que desejam amamentar quando são impossibilitadas entram em conflito e sofrimento. **Objetivo:** Identificar evidências científicas acerca dos sentimentos das gestantes e puérperas que vivem com HIV diante da não amamentação. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados: Scielo, Lilacs, e BDNF acessadas por meio do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed. As buscas foram realizadas de julho a setembro de 2018. Os critérios de inclusão adotados foram artigos, teses e dissertações *online* disponíveis na íntegra e que abordassem os sentimentos das gestantes e puérperas que vivem com HIV diante da não amamentação, publicados nos idiomas português ou inglês, no período de 1998 a 2018. **Resultados:** Foram encontradas quatorze publicações que após análise crítica foram categorizadas em: sentimentos diante da não amamentação, sentimento diante do estigma e sentimentos diante da técnica de inibição. **Conclusão:** Ser portadora do vírus HIV associada à gestação e não poder amamentar seu filho tornou-se uma experiência emocionalmente desgastante e que trouxe sofrimento a essas mulheres. É imprescindível que o profissional da enfermagem reconheça as necessidades da mulher e se aproxime da sua realidade buscando compreendê-la e apoiá-la em suas dificuldades e dúvidas.

Palavras-chave: Gestantes, Puérperas, HIV, Amamentação, Sentimentos

ABSTRACT

Introduction: The Human Immunodeficiency Syndrome-AIDS, is a pandemic that affects men and women. Being one of the forms of transmission of the HIV virus that causes this disease, vertical transmission can occur during gestation, delivery and puerperium through breastfeeding. In view of this prophylaxis measures were implemented by the Ministry of Health in an attempt to reduce vertical transmission, such as the suspension of breastfeeding. It is known that breastfeeding has many advantages, both for the infant and for the infant, although women who wish to breastfeed when they are unable to enter into conflict and suffering. **Objective:** To identify scientific evidence about the feelings of pregnant and postpartum women living with HIV in the face of non-breastfeeding. **Methodology:** This is an integrative review of the literature, carried out in the databases: Scielo, Lilacs, and BDNF accessed through the Virtual Health Library (VHL) and PubMed portal. The searches were carried out from July to September 2018. The inclusion criteria adopted were articles, theses and online dissertations available in full and that addressed the feelings of pregnant and puerperal women living with HIV before not breastfeeding, published in Portuguese or English, from 1998 to 2018. **Results:** Fourteen publications were found which, after critical analysis, were categorized as: feelings about not breastfeeding, feelings about stigma and feelings about the inhibition technique. **Conclusion:** Being a carrier of the HIV virus associated with gestation and not being able to breastfeed her child has become an emotionally draining experience that has brought suffering to these women. It is imperative that the nursing professional recognize the needs of the woman and get closer to her reality by seeking to understand her and to support her in her difficulties and doubts.

Keywords: Pregnant Women, Puerperal, HIV, Breastfeeding, Feelings

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 Contexto Histórico	15
3.2 Contexto Social da AIDS	17
3.3 AIDS na Gestação	18
3.4 Política de Incentivo ao Aleitamento Materno e Política de Prevenção da Transmissão Vertical: Dualidade na Busca pela Saúde Perinatal.	20
3.4.1 Incentivo ao Aleitamento Materno	20
3.4.2 Política de Prevenção da Transmissão Vertical	22
3.4.3 A não Amamentação como Estratégia de Prevenção da Transmissão Vertical	24
3.5 A Importância da Ação da Enfermagem para as Mulheres que Vivem com HIV Diante da Não Amamentação	26
4 METODOLOGIA	28
4.1 Identificação do tema e questão de pesquisa	28
4.2 Identificação das palavras-chaves (DeCS/MeSH)	28
4.3 Estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão	29
4.4 Amostragem e busca na literatura	29
Fonte: Fluxograma elaborado pela autora.	30
4.5 Categorização dos estudos e Coleta de dados	30
4.6 Interpretação dos resultados	31
4.7 Aspectos éticos	31
5 RESULTADOS	32
5.1 Apresentação dos estudos incluídos na revisão	32
5.2 Caracterização dos estudos incluídos na revisão	36
5.3 Categorização dos resultados	42
5.3.1 Sentimentos do impedimento da amamentação	42
5.3.2 Estigma pela não amamentação	46
5.3.3 Sentimentos diante da técnica de inibição	47
6 DISCUSSÃO	48
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	58
ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	67
ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO DO CURSO	69

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, no período de 2000 até junho de 2017, foram notificadas 108.134 gestantes infectadas com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Verificou-se que 39,1% das gestantes residiam na região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (30,6%), Nordeste (16,8%), Norte (7,8%) e Centro-Oeste (5,8%). Em 2016, foram identificadas 7.823 gestantes no Brasil, sendo 30,9% na região Sudeste, 29,2% no Sul, 21,9% no Nordeste, 12,1% no Norte e 5,9% no Centro-Oeste (BRASIL, 2017a).

A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando um aumento, possivelmente, devido a distribuição de testes rápidos pelo Ministério da Saúde. No decorrer de dez anos, houve aumento de 23,8% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2006, a taxa observada foi de 2,1 casos/mil nascidos vivos e, em 2016, passou para 2,6/mil nascidos vivos (BRASIL, 2017a). A probabilidade de transmissão materno-infantil (vertical) do HIV foi demonstrada por vários estudos, sendo evidenciado que a maioria dos casos de transmissão, cerca de 65%, ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e que os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação, e que o aleitamento materno representa risco adicional de transmissão, de 7% a 22% (BRASIL, 2003).

A primeira ocorrência de transmissão vertical registrada no Brasil se deu em 1985, no estado de São Paulo, onde foram diagnosticados dois pacientes, que representavam 0,4% do total de casos do período (BRASIL, 2008).

Como consequência do aumento de casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em mulheres, observa-se o aumento da transmissão vertical. Atualmente a quase totalidade de casos de AIDS em menores de 13 anos de idade tem como fonte de infecção a transmissão materno-infantil do HIV. A transmissão vertical é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil (BRASIL, 2017a).

Com o objetivo de diminuir a transmissão vertical do HIV foram tomadas algumas medidas terapêuticas e preventivas indicadas para o período pré-parto, intraparto e pós-parto. A primeira estratégia é administrar nas gestantes que vivem com HIV a Zidovudina (AZT) oral (a partir da 14ª sem.), a segunda é seguir com o tratamento intensivo durante o trabalho de parto e a terceira que diminui a probabilidade de contaminação da criança é a suspensão do aleitamento materno (BRASIL, 2003).

Recomenda-se que toda mulher vivendo com HIV/AIDS seja orientada a não amamentar. Ao mesmo tempo, ela deve ser informada e orientada sobre o direito a receber fórmula láctea infantil fornecida pelo SUS. E a orientação para essa prática deve ser iniciada desde o pré-natal (BRASIL, 2017b).

Embora muito eficaz, tal medida leva as mulheres a sentimentos de dor e conflitos como medo, tristeza, angústia e culpa, pois, além de serem portadoras e transmissoras do vírus, ainda se deparam com a impossibilidade de aleitamento, sentindo-se reduzidas quanto ao seu papel de mulher e mãe na sociedade (KLEINÜBING et al., 2014)

Em decorrência da contaminação pelo vírus e do risco de transmissão vertical pelo leite materno, a amamentação deixa de ser vista apenas como fonte de vida e saúde, compreendendo-a também como fonte de doença e morte (TEIXEIRA et. al, 2017).

É importante ressaltar que amamentação vai além da nutrição da criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, que reflete no estado nutricional da criança, no fortalecimento do sistema imunológico, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde no longo prazo, além de ter repercussões na saúde física e psíquica da mulher. Dentre os benefícios do aleitamento materno, destacam-se: proteção contra infecção, redução da mortalidade infantil, melhora do desenvolvimento cognitivo, promoção do vínculo mãe e filho, redução da probabilidade do câncer de mama e outros (BRASIL, 2015).

A amamentação é um modo de prover o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento de lactentes, com benefícios incomparáveis e cientificamente sustentados tanto sob o ponto de vista biológico, psicológico como social para a mãe e para o filho (PACE, 2011).

A partir dessas considerações questiona-se: quais os sentimentos das gestantes e puérperas que vivem com HIV diante da não amamentação?

Partindo dos aspectos relacionados torna-se importante conhecer como estas mulheres se sentem diante da impossibilidade de amamentar, sabendo-se da importância e benefícios que a amamentação possui, a valorização desta prática e o desejo que essas mulheres têm em amamentar seus filhos. Assim, esta revisão torna-se relevante, pois, poderá contribuir para o conhecimento dos sentimentos das mulheres que vivem com HIV e compreender os significados dos discursos dessas mulheres, incluindo as suas dificuldades em aderir às medidas relacionadas à redução da infecção em seus recém-

nascidos, como a restrição à amamentação. Estas informações serão úteis para o atendimento humanizado, facilitarão a relação enfermeiro-cliente, propiciarão melhor adesão ao tratamento e, conseqüentemente, auxiliarão na redução da transmissão vertical.

2 OBJETIVO

- Identificar evidências científicas acerca dos sentimentos das gestantes e puérperas que vivem com HIV diante da não amamentação.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Contexto Histórico

Nos anos de 1977 e 1978 são descobertos e registrados os primeiros casos definidos como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nos Estados Unidos da América, HAITI e África do Sul (BRASIL, 2018).

A partir de então a população mundial torna-se ameaçada por uma nova doença com alta taxa de letalidade, devido a sua agressividade ao sistema imunológico.

Trata-se de uma síndrome na qual o vírus HIV destrói os linfócitos - células responsáveis pela defesa do organismo, tornando a pessoa suscetível a outras infecções e doenças oportunistas, chamadas assim por surgirem nos momentos em que o sistema imunológico do indivíduo está enfraquecido (BRASIL, 2006a).

Devido ao seu grande impacto social, cultural e econômico, a AIDS foi alvo de grandes e rápidas pesquisas e ações governamentais. Os primeiros casos foram registrados nos Estados Unidos pelo Center for Disease Control and Prevention (CDCP), onde foram isolados dois agentes etiológicos, retrovírus um (HIV- 1) e retrovírus dois (HIV-2) (BATISTA; GOMES, 2000).

No ano de 1982 é registrado o primeiro caso da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil, em São Paulo e Rio de Janeiro, entre homossexuais masculinos. Sendo conhecida como “câncer gay” em virtude do pouco conhecimento científico e tecnológico da doença e pela divulgação da mídia de forma preconceituosa e sensacionalista. Ainda nesse ano a AIDS tem o nome temporariamente de Doença dos 5H, representando os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável) e hookers (denominação em inglês para as profissionais do sexo). É reconhecido o modo de transmissão por contato sexual, uso de drogas ou exposição a sangue e derivados e registrado o primeiro caso decorrente de transfusão sanguínea (BRASIL, 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) data de 1983 o primeiro caso de aids em criança, mulheres, e também o primeiro caso de transmissão heterossexual, alertando as autoridades sobre um novo olhar relacionado ao perfil epidemiológico e nas necessidades de políticas voltadas para este público. Com as iniciativas dos representantes dos homossexuais, hemofílicos e tasselêmicos, e também por parte dos profissionais de saúde devido ao interesse científico, juntos com o estado de São Paulo

foi criado em 1985 a primeira ONG do Brasil e da América Latina na luta contra a AIDS, o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA) e a partir de então outros grupos foram surgindo pelo país. Somente em 1986 é que o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de DST e AIDS estabelecendo as diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país, reconhecendo a AIDS como problema de saúde pública com o objetivo de reduzir a incidência do HIV/AIDS e de melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2017a; BRAVO, 2001).

A criação do Programa Nacional de Aids pelo Ministério da Saúde tinha como principal objetivo diminuir a incidência do HIV/AIDS e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV. Para isso, foram definidas diretrizes de melhoria da qualidade dos serviços públicos; de redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; de aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e da infecção pelo HIV; de aumento da cobertura das ações de prevenção em mulheres e populações com maior vulnerabilidade; da redução do estigma e da discriminação; e da melhoria da gestão e da sustentabilidade. O ano de 1988 foi de destaque devido a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e também pela formação do Centro de Orientação Sorológica (COAS), uma vez que a taxa de identificação precoce de pessoas pela infecção do HIV era baixa. Conhecidos atualmente como Centro de Triagem e Aconselhamento, os CTAs realizam o teste rápido de HIV anonimamente, preservando a identidade das pessoas que aceitam realizar esse teste. Os casos notificados no Brasil somam-se 4.535 (GALVÃO, 2002; BRASIL, 2010a).

Segundo dados epidemiológicos do MS no final da década de 80 havia o total de 6.371 casos de AIDS, sendo 905 em mulheres e 4.893 óbitos (BRASIL, 2007a).

A década de 90 foi marcada pelo avanço da terapia medicamentosa da AIDS, os antirretrovirais (medicamentos que dificultam a multiplicação do HIV) que são distribuídos de forma gratuita. É lançado o Videx (didanosina), que, como o AZT, faz parte de um grupo de drogas inibidores de transcriptase reversa. Após 10 anos da identificação da AIDS, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anuncia que 10 milhões de pessoas estão infectadas com o HIV pelo mundo (BRASIL, 2018).

Em 1991, por meio da Lei nº 9.313 de 13 de novembro é garantida a distribuição de forma gratuita pelo SUS dos antirretrovirais para as pessoas que viviam com HIV (BRASIL, 2000a).

O Ministério da Saúde em 1999, informa a redução da taxa de mortalidade por AIDS com diminuição de 50% dos casos e melhora da qualidade de vida. E em 2007, houve informações sobre a proporção de pessoas que continuaram vivendo com AIDS em até cinco anos após o diagnóstico. Este estudo foi realizado com base no número de pessoas identificadas com a doença no ano 2000. Os dados apontam que, cinco anos depois de diagnosticadas, 90% das pessoas com AIDS no Sudeste estavam vivas (CAMARGO; CAPITÃO, 2009; BRASIL, 2010a).

Esta realidade tem sido possível graças aos avanços tecnológicos da ciência e às pesquisas, que proporcionaram o desenvolvimento de medicamentos cada vez mais eficazes e também à experiência obtida ao longo dos anos por profissionais de saúde. Estes fatores propiciam aos portadores do vírus uma sobrevida cada vez maior e de melhor qualidade. Isso revela que indivíduo portador pode ter uma vida sem sinais de doença e, conseqüentemente diminuindo o estigma e o preconceito social da identificação clínica. Entretanto, o indivíduo que vive com HIV e a sociedade como um todo devem ter clara a manutenção dos cuidados de prevenção da transmissão do vírus HIV (PACE, 2011).

3.2 Contexto Social da AIDS

Em 2017 cerca de 36,9 milhões de pessoas viviam com AIDS no mundo, sendo 35,1 milhões representam os adultos e 1,8 milhões de crianças (menores de 15 anos). Foram notificados ainda 1, 8 milhões de infecções pelo HIV e desde o início da epidemia 77,3 milhões de pessoas foram infectadas. Houve uma diminuição de mais de 51% nas mortes causadas por AIDS desde o pico em 2004. Ainda nesse ano houve diminuição na taxa de mortalidade, onde 940.000 mil pessoas morreram por doenças relacionadas à AIDS no planeta, em comparação com 1,9 milhão em 2004 e 1, 4 em 2010 (UNIAIDS, 2018).

Segundo o Boletim Epidemiológico de 2017, do ano de 2007 até junho foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) 194.217 mil casos de infecção de HIV no Brasil, e a região sudeste com a maior concentração com 96.439 (49,7%), 40.275 (20,7%) na região Sul, 30.297 (15,6%) na região Nordeste, 14.275 (7,4%) na região Norte e 12.931 (6,7%) na região Centro-Oeste. Em 2016, foram notificados 37.884 casos de infecção pelo HIV, seguindo a mesma ordem de concentração por região citada acima. Desconsiderando os casos de gestantes, a razão entre sexo em 2016 foi de 2,5 (M:F), sendo notificados nesse mesmo período no Sistema de Informações de Agravos

de Notificação (SINAN) um total de 131.969 (67,9%) casos em homens e 62.198 (32,1%) casos em mulheres (BRASIL, 2017a).

De 1980 a junho de 2017, foram identificados no Brasil 882.810 casos de AIDS. O país tem registrado, anualmente, uma média de 40 mil novos casos de AIDS nos últimos cinco anos. Entre 2012 e 2016, a região Norte apresentou uma média de 4,2 mil casos ao ano; o Nordeste, 8,8 mil; o Sudeste, 16,3 mil; o Sul, 8,5 mil; e o Centro-Oeste, 2,8 mil. A partir de 2009, houve uma redução gradual dos casos de AIDS em mulheres e um aumento nos casos em homens, refletindo-se na razão de sexos, que passou a ser de 22 casos de AIDS em homens para cada 10 casos em mulheres em 2016 (BRASIL, 2017a).

Entre os anos de 1985 a junho 2017, o Maranhão registou 17.773 casos de AIDS, sendo 62,8% do sexo masculino (11.165 casos) e 37,2% do sexo feminino (6.608 casos). Com relação às Regiões de Saúde, a de São Luís possui 45,3 % das notificações (8111 casos), vindo em seguida a Região de Imperatriz com 9,3% (1654 casos). Até junho de 2017 foram notificados no Maranhão 653 casos de Aids e 256 casos em São Luís. A cidade ocupa o 6º lugar no ranking entre as capitais na taxa de detecção (/100.000 hab) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), levando em consideração dados desde 2005. A taxa de óbito em decorrência da Aids no Maranhão em 2016 foi de 433 e em São Luís de 122 casos. (BRASIL, 2017a)

3.3 AIDS na Gestaçã

Em decorrência do aumento dos casos de transmissão do HIV nas relações heterossexuais ter acarretado o aumento substancial em mulheres sobretudo em idade fértil, nota-se que a faixa etária de 20 a 24 anos apresenta o maior número de gestantes infectadas com HIV (28, 4 %) notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), observa-se também que há uma quantidade considerável de gestantes que vivem com HIV entre 25 e 39 anos. Vale destacar ainda o aumento do número de grávidas que vivem com HIV/AIDS com idade entre 15 a 19 anos. Neste contexto discute-se sobre a causa do aparecimento dessa doença entre adolescentes, que podem ser: maior vulnerabilidade na fase da adolescência, baixo nível socioeconômico, uso de álcool, drogas, gravidez indesejada, violência e infecções por IST/HIV/AIDS (BRASIL, 2017a; CAMPOS et al, 2014).

Desta maneira, quando avaliado o aumento de casos de gestantes adolescente com HIV/AIDS, é possível questionar se essas foram devidamente orientadas quanto ao uso dos métodos contraceptivos e à prevenção de ISTs, uma vez que a assistência pelo sistema de saúde à essa população configuraria uma violação nos direitos sexuais, reprodutivos e de saúde desses indivíduos. Em detrimento a isso, a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) proporciona avanços relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos e estabelece as questões referentes à prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS. (CAMPOS et al, 2014).

Em 2016 foram identificados 7.823 casos de gestante. De acordo com o Ministério da saúde em um período de dez anos, observou-se um aumento (23,8 %) na taxa de detecção do HIV em gestante; considerando que em 2006 a taxa observada foi de 2,1 casos por 1.000 nascidos vivos e, em 2016, esse valor passou a ser de 2,6. Esse aumento na taxa de detecção é resultado do incremento da disponibilidade dos testes rápidos pelo Ministério da Saúde. No Maranhão, o número de gestantes com HIV foi de 120 e, em São Luís foi de 31 casos, ambos no ano de 2017. Nesse contexto, estimativas apontam que, anualmente, cerca de 17.200 gestantes são infectadas pelo HIV, tornando a transmissão vertical responsável por praticamente todos os casos da infecção em menores de 13 anos (BRASIL, 2017a).

Nota-se que a feminização da AIDS se tornou importante e preocupante fenômeno nesse quadro da epidemia, tendo em vista a real possibilidade de transmissão materno-infantil (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2012a).

Entretanto, observa-se uma melhora nos indicadores de HIV nas gestantes, por meio da implantação de ações preventivas propostas pela Rede Cegonha. Criada em 2011 pelo Ministério da Saúde, essa estratégia visa proporcionar às mulheres melhoria na qualidade da assistência durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida, além da disponibilização dos testes rápidos como estratégia de detecção e tratamento precoce do HIV, oferta universal de terapia antirretroviral para as gestantes durante a gestação e o parto, e ao conceito nas primeiras semanas (LOPES et al, 2016; BRASIL, 2013).

Quando o assunto é saúde reprodutiva fica em evidência a discriminação à mulher que convive com HIV, ou seja, existe um grande espaço no cenário da AIDS com relação ao direito à mulher em ter filhos ou não. Muitas políticas interferem neste processo,

como a Política de Prevenção da Transmissão Vertical existindo assim uma lacuna entre essa política e a Política de Incentivo ao Aleitamento Materno. (PACE, 2011)

3.4 Política de Incentivo ao Aleitamento Materno e Política de Prevenção da Transmissão Vertical: Dualidade na Busca pela Saúde Perinatal.

3.4.1 Incentivo ao Aleitamento Materno

Durante a infância ocorre o desenvolvimento da maioria das potencialidades humanas, de maneira que os distúrbios que incidem nesse período são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades.

O aleitamento materno acarreta em si um importante papel na díade mãe/criança, por ser a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, além de instituir a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/criança e regozijo de toda a sociedade. O aleitamento materno deve ser exclusivo até os 6 meses de idade, por ser indiscutivelmente superior a qualquer forma de alimentação já concebida pela tecnologia humana (BRASIL, 2015).

A amamentação vai além da nutrição da criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, apresentando benefícios incomparáveis e cientificamente sustentados com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde no longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mulher (BRASIL, 2015).

As vantagens do aleitamento materno no que tange à criança, destacam-se: proteção contra diarreia, principalmente em crianças mais pobres, destacando que pode diminuir quando o aleitamento materno deixa de ser exclusivo e com oferta de chás ou água. Evita infecção respiratória, diminuição dos riscos de hipertensão, colesterol alto e diabetes, melhora a nutrição proporcionando todos os nutrientes para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, confere fortalecimento do sistema imunológico, auxílio no desenvolvimento psicomotor e cognitivo e da cavidade bucal. Diminui o risco de alergia à proteína do leite, dermatite atópica, inclusive asma e sibilos recorrentes (BRASIL, 2015).

Para as mulheres a amamentação proporciona proteção contra o câncer de mama, ovário e útero, excelente método anticoncepcional nos primeiros 6 meses desde

que a mãe esteja em aleitamento exclusivo, combate a diabetes tipo II, diminuição da depressão pós-parto. Uma amamentação prazerosa, olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho, certamente fortalecem os laços afetivos entre eles, oportunizando intimidade, troca de afeto, sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher. Amamentação é uma forma muito especial de comunicação entre mãe e o filho e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança (BRASIL, 2015).

O aleitamento materno contribui também para melhora na qualidade de vida da família, pois crianças amamentadas adoecem menos, necessitando de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, o que pode implicar na redução das faltas ao trabalho dos pais, bem como menos custos financeiros já que crianças que mamam tem menos probabilidade de adoecerem e também não necessitam de formula infantil e acréscimos de custos com mamadeiras, bicos e gás de cozinha (BRASIL, 2015).

Diante disso foram implementadas políticas para incentivo, promoção e proteção ao aleitamento materno. Inicialmente tais políticas estavam voltadas para a saúde da criança, cujo objetivo era diminuir os índices de morbimortalidade infantil, muito frequentes no primeiro ano de vida. Posteriormente, o olhar ampliou-se para as mulheres, suas questões sociais e de gênero a fim de proteger e incentivar o aleitamento (PACE, 2011).

As estratégias e programas implementados pelo Ministério da Saúde, como o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) em 1981, o Alojamento Conjunto em 1982, contribuíram para estabelecer um melhor relacionamento afetivo entre mãe e criança desde o nascimento, incentivo ao aleitamento materno e a permanência do recém-nascido sadio com a mãe 24h por dia, em um mesmo ambiente até a alta hospitalar, assim como, a prestação de todos os cuidados assistenciais. Em 1990 a Declaração do Innocenti resultou na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) idealizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial de Saúde. Essas ações são adotadas no Brasil, cujo objetivo busca o planejamento de ações de promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 2010a).

Essas ações demonstraram resultados positivos com relação aos seus objetivos que são preferencialmente: aumentar tempo de amamentação e diminuir o índice de mortalidade infantil. Porém, no contexto da AIDS outras questões são discutidas e novas

estratégias elaboradas para que seja garantida a saúde da mulher e da criança, em especial à prevenção da Transmissão Vertical.

Sendo assim, vários pontos de atenção perinatal emergem: de um lado, como medida de diminuição da mortalidade infantil, a política de incentivo e proteção ao aleitamento materno e de outro levando em consideração a mudança no perfil da AIDS que acomete cada vez mais mulheres no período fértil, tem-se a política de prevenção da transmissão vertical cada vez mais ascendente e discutida.

3.4.2 Política de Prevenção da Transmissão Vertical

A Transmissão Vertical do HIV ocorre quando a criança é infectada pelo vírus da AIDS durante a gestação (cerca de 35%), no parto (65%) ou por meio da amamentação que se renova a cada exposição da criança ao peito, e situa-se entre 7% e 22% de probabilidade de transmissão. Além destes, destacam-se outros fatores de risco significativos, como: o genótipo e o fenótipo virais; o estado clínico das gestantes; a presença de IST e outras coinfeções; o uso de drogas injetáveis; a prática sexual desprotegida; a ruptura prematura de membranas, a via de parto; a prematuridade e o baixo peso ao nascer e a amamentação ao seio (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2007a).

A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 25,5%. Contudo, diversos estudos publicados demonstram a redução da transmissão vertical do HIV para níveis entre 1 e 2%, por meio de intervenções preventivas, tais como: testagem de gestantes, o uso de antirretrovirais combinados (promovendo a queda da carga viral materna para menos que 1.000 cópias/ml ao final da gestação); o parto por cirurgia cesariana eletiva; o uso de quimioprolaxia com o AZT na parturiente e no recém-nascido; e a não amamentação (BRASIL, 2012b).

Com relação à testagem, inicialmente no Brasil o teste era somente oferecido para mulheres com risco identificado para a infecção, no entanto, em 1997 foi recomendado a oferta universal do teste pré-natal em decorrência da falha na identificação de um número grande de mulheres infectadas (BRASIL, 2007b).

A gestante deve ser orientada quanto a importância da testagem no pré-natal, assim como benefícios do diagnóstico precoce, tanto para o controle da infecção materna quanto para a prevenção da transmissão vertical. No momento da testagem é essencial um ambiente de confiança e respeito, que favoreça o vínculo e a avaliação de vulnerabilidades,

permitindo a atenção resolutiva e a articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência (BRASIL, 2017b).

A infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e em criança exposta ao risco de transmissão vertical é de notificação compulsória desde o ano 2000 (BRASIL, 2016).

A testagem para HIV deve ser realizada logo no primeiro trimestre, preferencialmente na primeira consulta do pré-natal, e um segundo teste deve ser feito no início do terceiro trimestre de gestação, podendo também ser efetuado em qualquer outro momento em que haja exposição de risco ou violência sexual. Os testes rápidos para o HIV são métodos preferenciais para diagnóstico, pois possibilitam início adequado da Terapia Antirretroviral (TARV) e resposta virológica mais precoce. A testagem laboratorial pode ser utilizada, desde que a entrega do resultado ocorra em tempo oportuno (até 14 dias) (BRASIL, 2017b).

A quimioprofilaxia surge como outro tipo de estratégia sendo assegurado o uso da zidovudina pela gestante a partir da 14ª semana de gestação (via oral), durante o trabalho de parto (injetável) e pelo recém-nascido (via oral), permanecendo como conduta padrão, uma vez que, até o momento, nenhum outro esquema se mostrou mais eficaz (BRASIL, 2007c).

A TARV está indicada para toda gestante infectada pelo HIV, independentemente de critérios clínicos e imunológicos, e não deverá ser suspensa após o parto, independentemente do nível de LT-CD4+ no momento do início do tratamento (BRASIL, 2017b).

A zidovudina (AZT), distribuído pelo SUS, deve ser administrada por via endovenosa durante todo o trabalho de parto e parto, até a ligadura do cordão umbilical. O recém-nascido deve receber AZT Xarope, o mais precocemente possível, podendo ser iniciado até 48 horas de vida e mantido durante as primeiras 6 semanas (42 dias) (BRASIL, 2003).

Ainda como ações para redução da taxa de transmissão vertical e mortalidade infantil e melhoria na qualidade da assistência, o Ministério da Saúde por meio da Portaria n.º 2104/GM em 19 de novembro de 2002, formaliza o Projeto Nascer Maternidades, cujos objetivos são prioritariamente: reduzir a transmissão vertical do HIV; reduzir a morbimortalidade associada à sífilis congênita; estabelecer, mediante a testagem para o

HIV no período pré-parto imediato, e com consentimento informado da gestante após aconselhamento, o status sorológico de 100% das parturientes que não tenham realizado esta testagem durante o pré-natal; garantir medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV para 100% das parturientes que vivem com HIV e seus recém natos; garantir o seguimento especializado das puérperas HIV positiva e seus filhos; criar mecanismos para a disponibilização de fórmula infantil a todos os recém-nascidos expostos ao HIV, desde o seu nascimento até o sexto mês de idade, e implementar rotinas de melhoria do atendimento à parturiente/puérpera e seus recém-nascidos, fortalecendo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2002).

Com a implementação do Projeto Nascer Maternidades, constatou-se um melhor monitoramento das mulheres soropositivas em período reprodutivo e conseqüentemente aumento no coeficiente de detecção de gestantes que vivem com HIV nas regiões sudeste e sul do país, no ano de 2006 e redução da transmissão vertical de até 50% nesse mesmo ano (BRASIL, 2008).

3.4.3 A não Amamentação como Estratégia de Prevenção da Transmissão Vertical

Data do ano de 1985 o primeiro caso de transmissão vertical no Brasil e, como já discutido, neste tipo de transmissão, a criança pode ser infectada pelo vírus HIV durante a gestação, parto ou por meio da amamentação. Sendo o risco por essa última em torno de 7% a 22% (BRASIL, 2012b).

A probabilidade da infecção está relacionada com a carga viral materna, sendo que se estiver elevada durante a lactação pode aumentar substancialmente o risco de transmissão. Isso se deve ao fato do vírus ser excretado livre ou no interior de células no leite de mulheres infectadas sejam elas sintomáticas ou não (BRASIL, 2004).

Dessa forma, toda mulher HIV positivo deve ser orientada a não amamentar. Devem ser orientadas no pré-natal e no momento do parto, tornando-se um passo importante na prevenção da transmissão vertical do HIV. A decisão e a comunicação à puérpera sobre a necessidade de suprimir a lactação somente após o parto é considerada tardia, com resultados insatisfatórios. O grande dilema é o enfrentamento da mulher no ambiente hospitalar, impossibilitada de amamentar (BRASIL, 2017b; 2012b; MATILDA et al, 2002).

A mulher deve ser orientada sobre o direito de receber a fórmula láctea infantil. A criança exposta, infectada ou não, tem o direito de receber fórmula, até completar seis

meses de idade. É dever das secretarias de saúde municipal e estadual sua distribuição. É permitido que os recursos do programa de combate às carências nutricionais possam ser utilizados para financiar a aquisição do leite artificial para menores de seis meses (BRASIL, 2017b; 2012b).

O Ministério da Saúde recomenda o uso do leite humano pasteurizado disponível nos bancos de leite humano e contraindica o aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz), a alimentação mista (leite humano e fórmula infantil) e o uso de leite humano com pasteurização domiciliar (BRASIL, 2017b).

Tendo em vista os riscos da transmissão vertical do HIV por esta via, faz-se necessário a inibição da lactação como garantia de prevenção das possíveis complicações mamárias decorrentes do acúmulo do leite, como as mastites puerperais e ingurgitamentos (BRASIL, 2000).

A inibição pode ser farmacológica por meio do uso imediato após o parto da cabergolina 1mg por via oral, em dose única. Essa indicação ocorre pelas vantagens que este medicamento apresenta em relação a outros medicamentos, tais como efetividade, comodidade posológica e raros efeitos colaterais (BRASIL, 2017b).

A inibição mecânica ocorre por meio do enfaixamento das mamas que deverá ser realizada somente na ausência dos inibidores de lactação farmacológica, portanto os serviços de saúde devem se organizar para oferecer a cabergolina em tempo oportuno. Este método consiste em realizar compressão das mamas, por um período de 10 dias, com atadura imediatamente após o parto, evitando-se a manipulação e estimulação das mamas. O enfaixamento deve ser realizado com cuidado de não restringir os movimentos respiratórios ou causar desconforto materno (BRASIL, 2017b).

A inibição mecânica é incômoda, dolorosa e, quando mal administrada, pode causar consequências, tais como: ingurgitamento mamário, febre, dor, além de deformar a visão do seu corpo, desencadeando problemas emocionais como repúdio e rejeição (BRASIL, 2010b).

Como descrito pelas políticas de prevenção da transmissão vertical, as mulheres com HIV positivo devem inibir a lactação para que as crianças não corram o risco de se contaminar via leite materno.

Castro (2002) afirma que as puérperas que vivem com HIV, apesar de serem aconselhadas a não amamentar seus filhos devido ao risco da transmissão do vírus pelo

leite materno, continuam expostas a todo o marketing em prol do incentivo ao aleitamento materno. Desta forma é de suma importância, que a prática dos profissionais de saúde, esteja voltada não somente para as questões biológicas e sim para as questões subjetivas, singulares, éticas e legais que permeiam o modelo assistencial vigente em amamentação e HIV.

O aconselhamento faz parte deste processo e consiste em processo de escuta qualificada, individualizado e centrado na pessoa. Pressupõe estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores. Por meio das orientações o profissional de saúde compreende melhor a mulher e suas especificidades biológicas, psicossociais, culturais, suas representações, condições de vulnerabilidade; promovendo a construção de alternativas de proteção e cuidado com sua saúde e a do bebê (BRASIL, 2000).

3.5 A Importância da Ação da Enfermagem para as Mulheres que Vivem com HIV Diante da Não Amamentação

A enfermagem constitui-se uma prática na qual é estabelecida uma relação inter-humana direcionada para o cuidado com o bem-estar do ser humano. Essa relação ocorre em detrimento a um encontro de pessoas, baseado em um diálogo vivenciado, onde as experiências são compartilhadas, de forma que, juntos, enfermeiro e cliente encontrem as melhores estratégias para as situações que se apresentam no processo de saúde e doença. Portanto, a enfermagem é essencial e indispensável na efetivação de um cuidado humanizado às mulheres que vivem com HIV, uma vez que além da importância das orientações fornecidas a elas, a enfermagem também proporciona subsídios para o enfrentamento das principais dificuldades vivenciadas por estas mulheres. Para isso, é imprescindível que o profissional da enfermagem se aproxime da realidade dessas mulheres, ouvindo-as e permitindo que elas expressem todos os seus sentimentos e dúvidas. Assim, será capaz de esclarecer todos os seus anseios, perceber possíveis riscos para a saúde da mulher e do filho, além de criar medidas que torne mais branda a vivência dessa realidade (COTIN e al, 2012).

Evidencia-se a importância da atuação do enfermeiro e sua responsabilidade em frente dessa problemática. Assim, por meio da consulta de enfermagem, além de realizar a avaliação clínica, de fornecer orientações adequadas e de solicitar exames, aquele realiza o aconselhamento, embasado em conhecimentos clínicos e na sensibilidade humana, desenvolve a capacidade da escuta atenta, fortalecendo o vínculo com a mulher e

mantendo uma postura que promova o estabelecimento de laços de confiança, em busca da atenção integral à saúde. É fundamental que os profissionais de saúde conduzam os atendimentos de forma que a mulher HIV positiva possa sentir-se segura com relação ao acompanhamento pela equipe de saúde e, em especial, confie nas recomendações acerca do cuidado durante o processo gestacional e puerperal. Elaborar estratégias de aproximação com a realidade dessas mulheres, avaliando quais dificuldades a mulher/família está encontrando, torna-se essencial e fundamental para a atuação dos profissionais, em especial a enfermagem (KLEINUNBING, et al 2014).

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura segundo Mendes, Silveira & Galvão (2008). Esse método consiste na elaboração de uma análise ampla da literatura, por meio da interpretação e síntese dos dados de forma organizada, com a finalidade de proporcionar a sumula dos resultados das pesquisas sobre determinado tema ou questão disponíveis na literatura, de maneira ordenada para uma maior compreensão e aprofundamento do conhecimento até então produzido sobre o assunto.

Consiste nas seguintes etapas: 1 – Estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa, a partir da escolha e definição do tema, os objetivos e a identificação das palavras-chaves (descritores e mesh terms), 2 – Amostragem e busca na literatura com o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, as bases de dados e a seleção dos estudos, 3 – Categorização dos estudos e coleta das informações, organização e sumarização e formação do banco de dados, 4 – Avaliação dos estudos incluídos na revisão, 5 – Interpretação e discussão dos resultados com sugestões para futuras pesquisas, 6 – Síntese do conhecimento e apresentação da revisão (MENDES, SILVEIRA & GALVÃO, 2008), detalhadas a seguir realizando a interface com o tema deste trabalho.

4.1 Identificação do tema e questão de pesquisa

O tema é gestantes e puérperas que vivem com HIV: sentimentos diante da não amamentação e o estudo buscou responder a seguinte questão de pesquisa: quais os sentimentos das gestantes e puérperas que vivem com HIV diante da não amamentação?

4.2 Identificação das palavras-chaves (DeCS/MeSH)

Com o objetivo de realizar uma busca ampla, utilizou-se os descritores: *breast feeding, pregnant women, emotions e hiv*. Os *Mesh terms* foram: *breast feeding, breastfeeding, pregnant women, emotions e HIV*. As palavras-chaves: gestantes, puérperas, hiv, amamentação, sentimentos. Todos os descritores, *mesh terms* e palavras-chaves foram utilizadas em diferentes combinações por meio dos operadores booleanos *or* e *and*. O período estabelecido foi de 20 anos, ou seja, de 1998 a 2018 e os idiomas escolhidos foram português, inglês.

4.3 Estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão

Para seleção da amostra adotou-se os seguintes critérios de inclusão: artigos, teses e dissertações *online* disponíveis na íntegra, que abordassem o sentimento das gestantes e puérperas que vivem com HIV diante da não amamentação. Foram excluídos artigos de revisão de literatura, relatos de experiência, editoriais, monografias e aqueles que não responderam de modo significativo à questão de pesquisa do estudo. Estes critérios justificam-se pela busca das evidências com o rigor metodológico necessário às revisões integrativas.

4.4 Amostragem e busca na literatura

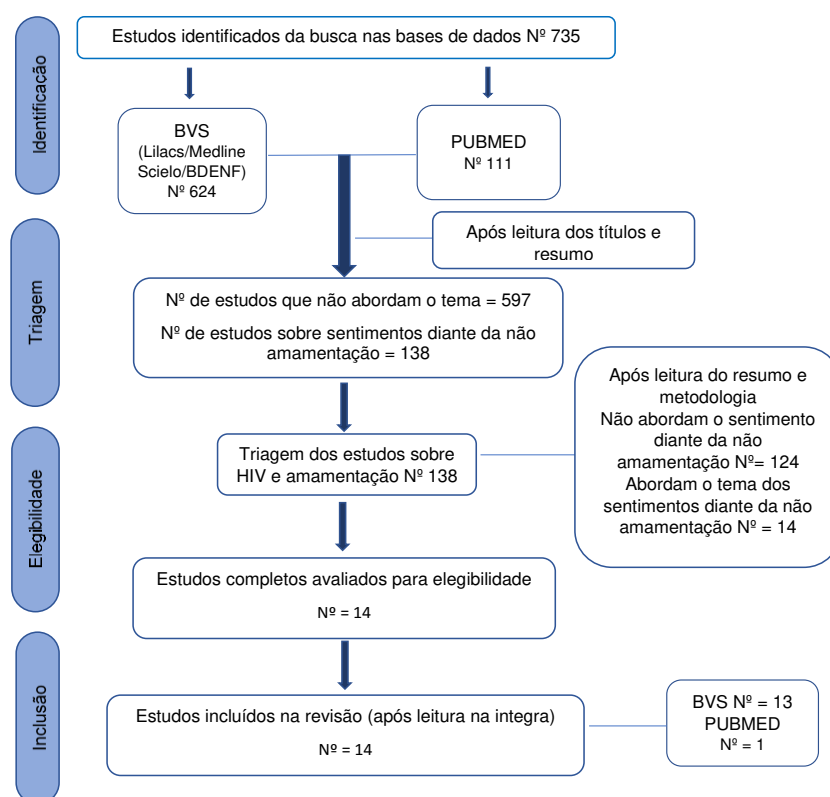
O levantamento do material bibliográfico para a condução da pesquisa foi realizado nos meses de julho a setembro de 2018. No Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram acessadas as seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), BDENF (Base de dados de Enfermagem) e Biblioteca Digital SciELO (*Scientific Electronic Library Online* e PubMed, arquivo digital produzido pela National Library of Medicine (USA) na área das Biociências

No portal BVS foram recuperadas 624 referências, 115 abordavam a gestação com HIV, destes 13 traziam a temática dos sentimentos diante da não amamentação para as gestantes e puérperas que vivem com HIV.

Das 111 referências recuperadas na base de dados PubMed, 23 abordavam a temática do HIV na gestação, sendo que 1 estudo contemplava os sentimentos das gestantes e puérperas que vivem com HIV diante da não amamentação.

Sintetizando, das 735 referências recuperadas, 597 não contemplavam a temática estudada, 138 continham o HIV na gestação e destes apenas 14 estudos no formato de artigos foram incluídos nesta revisão, pois traziam os sentimentos das gestantes e puérperas soropositivas para o HIV diante da não amamentação.

Fluxograma 1 – Síntese das buscas nas bases de dados e referências incluídas no estudo



Fonte: Fluxograma elaborado pela autora, 2018.

4.5 Categorização dos estudos e Coleta de dados

Para categorização dos trabalhos e criação do banco de dados utilizou-se um instrumento de coleta e análise (ANEXO A) que abrange as informações: dados de identificação do estudo (título, nome do periódico, autores, titulação, local de trabalho, país, idioma e ano de publicação), dados sobre o local da pesquisa, o tipo de publicação (publicação de enfermagem, médica ou multidisciplinar), características metodológicas (delineamento, objetivo ou questão de investigação, amostra, tratamento dos dados, intervenções realizadas, resultados, análise, implicações e nível de evidência) e por fim a avaliação do rigor metodológico (clareza na identificação da trajetória metodológica e identificação de limitações ou vieses. Assim sendo, os estudos foram lidos na íntegra e analisados de acordo com as especificidades e deram origem aos primeiros resultados.

Buscou-se nos artigos conhecer os sentimentos das gestantes e puérperas que vivem com o HIV diante da não amamentação.

Após o preenchimento do instrumento de coleta e análise de dados, foi criado um quadro sinóptico para sintetizar e comparar os dados obtidos das referências selecionadas.

4.6 Interpretação dos resultados

Os dados foram organizados em tabelas, quadros e gráficos elaborados no programa Microsoft Office *Excel*® e Microsoft Word®, analisados e discutidos à luz da bibliografia selecionada.

4.7 Aspectos éticos

O projeto desta pesquisa foi primeiramente submetido ao colegiado do curso, obtendo aprovação (ANEXO B). Por se tratar de uma revisão integrativa em bases de dados de domínio público, não foi necessária a apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa.

Todos os artigos que contemplam este estudo foram aprovados por Comitê de Ética em Pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 Apresentação dos estudos incluídos na revisão

Nos quadros a seguir estão dispostas informações sobre os 14 estudos que compuseram a amostra deste trabalho.

Quadro 1- Identificação dos estudos que constituíram a amostra

Ordem	Título	Autor(es)	País/ Ano	Periódico/ Repositório
E1	Sentimentos de mulheres soropositivas acerca da não amamentação	TEIXEIRA et al.	Brasil (BA) 2017	Revista Baiana de Enfermagem
E2	“Dói-me porque, como uma mulher você tem que amamentar seu bebê “: De tomada de decisão sobre alimentação infantil entre as mulheres africanas que vivem com HIV no Reino Unido.	TARIQ et al.	Reino Unido 2016	BMJ
E3	Enfrentamento de puérperas HIV positivas relacionado ao ato de não amamentar	DE PAULA et al.	Brasil (PR) 2015	Revista Eletrônica de Enfermagem
E4	Ser mãe e portadora do HIV: dualidade que permeia o risco da transmissão vertical	CONTIM et al.	Brasil (MG) 2015	Revista de Enfermagem UERJ
E5	As percepções das mulheres portadoras de HIV/AIDS perante a impossibilidade de amamentação	FRIGO et al.	Brasil (SC) 2014	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online
E6	Puérperas soropositivas para o hiv: como estão vivenciando a não amamentação	KLEINÜBING et al	Brasil (RS) 2014	Revista de Enfermagem UFPE online
E7	Gestantes portadoras de HIV/AIDS: Aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical	CARTAXO et al	Brasil (PE) 2013	Estudos de Psicologia
E8	Mulheres soropositivas para o hiv: compreensão, sentimentos e vivência diante da maternidade	GONÇALVES et al.	Brasil (CE) 2013	Revista Brasileira Promoção Saúde
E9	Mundo da vida da mulher que tem HIV/AIDS no cotidiano da (im)possibilidade de amamentar	Stela Maris de Mello Padoin, Marlene Gomes Terra e Ivis Emília de Oliveira Souza	Brasil (RS) 2011	Escola Ana Nery
E10	Cotidianidade da mulher que tem hiv/aids: modo de ser diante da (im)possibilidade de amamentar	Stela Maris de Mello Padoin, Ívis Emília de Oliveira Souza e Cristiane Cardoso de Paula	Brasil (RS) 2010	Estudos de Enfermagem
E11	Experiência da mãe HIV positivo diante do reverso da amamentação	COTIN et al.	Brasil (MG) 2010	Hu Revista, Juiz De Fora
E12	Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV	ARAÚJO et al	Brasil (CE) 2008	Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN
E13	Sentimentos de mulheres	Cristiane Barbosa Batista e	Brasil	Escola Anna Nery

	soropositivas para hiv diante da impossibilidade de amamentar	Leila Rangel da Silva	(RJ) 2007	Revista Enfermagem
E14	Mães HIV positivo e a não-amamentação	Cirlei Célia Gomes Sanchez Moreno, Marina Ferreira Rea e Elvira Ventura Filipe	Brasil (SP) 2006	Revista Brasileira Saúde Materno Infantil

Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

Quadro 2 – Caracterização dos estudos quanto ao objetivo, delineamento e resultados.

Ordem	Objetivo	Delineamento/ nº de participantes	Local da pesquisa	Resultados
E1	Conhecer os sentimentos de mulheres soropositivas para o HIV e HTLV sobre a não amamentação.	Estudo qualitativo. Participaram 70 puérperas com idade entre 18 a 54 anos	Centro de referências para IST/aids	As entrevistadas revelaram sentimentos de tristeza, medo, raiva, culpa diante da decisão de não amamentação. Essa decisão esteve ancorada no desejo de evitar a contaminação do seu filho para o vírus da imunodeficiência adquirida e/ou para o vírus T- linfotrópico humano.
E2	Examinar no Reino Unido, tomada de decisão sobre a alimentação infantil entre as mulheres africanas que vivem com o HIV.	Estudo qualitativo. A amostra foi composta por 23 mulheres, sendo 15 puérperas e 8 gestantes.	Clínica pré-natal especialista HIV	As mulheres destacaram a importância cultural do aleitamento materno em comunidades africanas e a pressão para amamentar, também descrevendo medos que alimentação substituta significaria seu status de HIV. As participantes tinham preocupações significativas sobre efeitos psicológicos da substituição de alimentação em sua criança e sentiram a sua identidade como boas mães ser comprometida por não amamentar.
E3	Conhecer os sentimentos e as dificuldades de mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) frente à não amamentação e à assistência oferecida.	Estudo qualitativo com participação de 36 gestantes com idade entre 16 e 41 anos.	Ambulatório de DST/AIDS	Os resultados mais relevantes apontam que as participantes da pesquisa sofrem com a impossibilidade de não amamentar seus filhos e com a falta de um cuidado individualizado, especialmente, relativos aos problemas nas mamas. Crenças foram evidenciadas nos discursos que desmistificam o simbolismo do aleitamento, o que fortalece as puérperas para aceitar o fato de não poderem amamentar.
E4	Discutir a vivência da mulher na dualidade	Abordagem qualitativa.	Serviço de assistência	Emergiram quatro categorias temáticas: Descobrir ser

	de ser mãe e conviver com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).	Participaram 35 puérperas com idade entre 18 a 49 anos	especializada (SAE) – Programa DST/AIDS	mãe e portadora do HIV; O temor da transmissão vertical e do preconceito; Amamentar: sonho ou realidade; Enfrentando as implicações decorrentes do reverso da amamentação.
E5	Conhecer as percepções das portadoras de HIV/aids perante impossibilidade de amamentação.	Estudo com abordagem qualitativa. 5 puérperas com idade entre 27 a 38 anos participaram do estudo	Hospital Dia	A experiência de não amamentar, foi para as mulheres uma experiência penosa e emocionalmente desgastante, e criaram um modo de satisfazer a amamentação simbólica idealizada por elas durante o ato de amamentar, substituindo o significado da amamentação fisiológica.
E6	Conhecer como puérperas soropositivas para o Human Immunodeficiency Vírus estão vivenciando ou vivenciaram a orientação de não amamentar.	Estudo qualitativo com participação de 6 puérperas.	Serviço de Assistência Especializada ao HIV/AIDS	identificaram-se duas categorias: 1. Dificuldade de enfrentamento da condição de não amamentação, 2. Não amamentação: um gesto de amor pelo filho.
E7	Investigar as significações subjetivas das gestantes portadoras de HIV sobre a realização das ações de prevenção da transmissão vertical.	Abordagem qualitativa. Participaram do estudo 12 gestantes com idade entre 21 a 39 anos.	Serviço de assistência especializada - DST/AIDS	As gestantes têm dificuldades imediatas para aderir aos medicamentos antirretrovirais, relutância em aceitar a possível indicação do parto cesáreo e frustração, permeada por sentimento de culpa, diante da impossibilidade de amamentação do filho.
E8	Compreender os sentimentos das mulheres portadoras de HIV, enfatizando o significado de estarem grávidas, a impossibilidade de amamentarem, bem como a vivência relacionada aos procedimentos utilizados para inibição da lactação.	Estudo qualitativo. Contou com a participação de 12 puérperas com idade entre 19 e 38 anos	Ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis.	Os resultados possibilitaram compreender a sobrecarga de sentimentos como tristeza, relativos à descoberta do diagnóstico e à preocupação com a saúde do filho. A impossibilidade de amamentação foi causa de frustração para se esconder a doença.
E9	Apresentar a compreensão do mundo da vida da mulher que tem o vírus da imunodeficiência humana no cotidiano	Estudo qualitativo. Composição da amostra de 12 puérperas.	Hospital Universitário de Santa Maria referência para assistência de pessoas	Tem-se que a mulher se mostra como ser-no-mundo-com-outra em um mundo que descreve com familiaridade no modo de ser da convivência, do estar só, da impessoalidade.

	da (im)possibilidade de amamentar.		soropositivas ao HIV	
E10	Compreender a cotidianidade da mulher infectada pelo vírus da imunodeficiência humana, diante da impossibilidade de amamentar	Estudo qualitativo com participação de 12 puérperas	Hospital universitário Santa Maria referência para assistência de pessoas soropositivas ao HIV	Revelaram que a mulher se mostra como ser no- mundo e se mantém, predominantemente, na impessoalidade. Desvelou-se o modo de ser da decadência, expresso pela ocupação, falatório, curiosidade, ambiguidade e temor, além da inautenticidade do pacto de silêncio e do não dito. O cuidado solícito, mediado pela relação dialógica entre a mãe e o/a filho/a, entre a mulher e o/a profissional, mostrou a possibilidade do movimento da inautenticidade para a autenticidade.
E11	Discutir as implicações do reverso da amamentação imposto pela condição sorológica da mãe e descrever a forma de enfrentamento desta condição.	Estudo qualitativo. Participaram 32 puérperas e 3 gestantes com idade entre 18 a 49 anos	Serviço de Assistência Especializada - DST/AIDS	Evidenciaram questões relativas à experiência da amamentação, os sentimentos vivenciados ao passar pelo reverso da amamentação, além do enfrentamento das implicações decorrentes do reverso da amamentação
E12	Identificar as experiências de gestantes e puérperas portadoras do HIV com a quimioprofilaxia para prevenção da transmissão vertical.	Estudo qualitativo. Participaram dele 1 gestante e 3 puérperas com idade entre 22 a 31 anos.	Maternidade de Referência	A partir da análise aprofundada dos dados, três categorias foram definidas: a revelação do diagnóstico junto aos familiares, as orientações recebidas na unidade e a adesão das recomendações para a profilaxia da transmissão vertical.
E13	Analisar os sentimentos de puérperas soropositivas ao HIV, em um alojamento conjunto, diante da impossibilidade de amamentar	Estudo qualitativo, no qual participaram 12 puérperas com idade entre 18 a 41 anos.	Hospital universitário referência para HIV e maternidade.	As entrevistas, depois de transcritas, permitiram a criação de cinco categorias que abrangeram sentimentos como: inveja, negação, tristeza e medo.
E14	Compreender o significado da experiência de não amamentar e as razões que levam as mães a seguirem tal recomendação.	Estudo qualitativo com participação de 17 puérperas com idade entre 18 a 39 anos.	Ambulatório de Saúde da Criança da Secretaria Municipal de Saúde	Entre as razões destacadas para não amamentar, foram identificados sentimentos de não se considerarem completas e valorizadas como mães. Vivenciar a não-amamentação implica na reestruturação da relação mães/bebê, traz preconceitos e discriminação. A não-amamentação é uma forma

				de impedir a infecção do bebê pelo HIV e uma forma de eximir-se de culpa, obtendo assim perdão da sociedade.
--	--	--	--	--

Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

5.2 Caracterização dos estudos incluídos na revisão

O Gráfico 1 apresenta a distribuição dos estudos selecionados nesta revisão conforme o país de origem. Assim, treze estudos (93%) foram realizados no Brasil (E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13 e E14) e um (7%) no Reino Unido (E2). No Brasil o incentivo a não amamentação dentro do contexto da AIDS é uma das medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2010), isso, justifica o fato de que 93% das publicações sejam brasileiras. Embora esta contraindicação seja presente também em políticas de outros países do continente americano e europeu, desde a década de 90, o aleitamento materno continua mantido nos países da África, pois a Organização Mundial da Saúde recomenda que em países economicamente desfavorecidos haja a amamentação exclusiva em combinação com o uso da TARV pela mãe e criança (COUTSOUNDIS et al., 2003). Nota-se, portanto, que apenas um estudo internacional trouxe a temática dos sentimentos das gestantes e puérperas soropositivo diante da não amamentação e sua amostra era de mulheres africanas. Logo, mesmo que os estudos e pesquisas desenvolvidas no Brasil e no mundo explane os riscos do aleitamento na transmissão vertical do HIV, em nosso levantamento verificou-se que poucos, principalmente, os estudos internacionais se ocupam em descrever e discutir as representações psicossociais dos sentimentos das mulheres, em particular quando da informação sobre impedimento para amamentação.

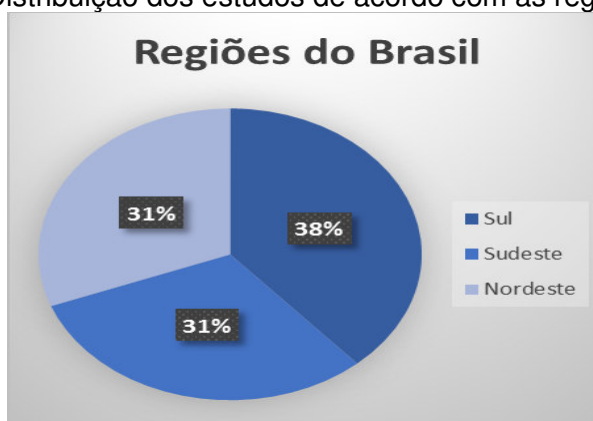
Gráfico 1 - Distribuição dos estudos de acordo com o país de origem



Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

Em um comparativo entre as regiões do Brasil, o gráfico 2, revela que cinco estudos (38%) se originaram na região sul e quatro (31%) nas regiões sudeste e nordeste. No Brasil, desde o ano de 2008, observou-se uma queda na taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos de idade, a qual é utilizada como indicador da transmissão vertical do HIV. As regiões Sudeste e Sul apresentaram tendência de queda nessa taxa, com diminuição de 51,4% e 49,2% respectivamente na comparação entre 2006 e 2016, enquanto a região nordeste apresentou um leve aumento de 8,7% (BRASIL, 2017). Observando estas informações, compreende-se que haja um empenho das regiões, por meio do cumprimento de diretrizes e protocolos de prevenção da transmissão vertical, ações de vigilância epidemiológica do HIV, a oferta do tratamento antirretroviral na gestação e parto, testes rápidos e fornecimento da forma láctea infantil, bem como dos profissionais da saúde, para o constante melhoramento desses índices, conseqüentemente, refletindo nas publicações científicas, com objetivo de compartilhar experiências e informações.

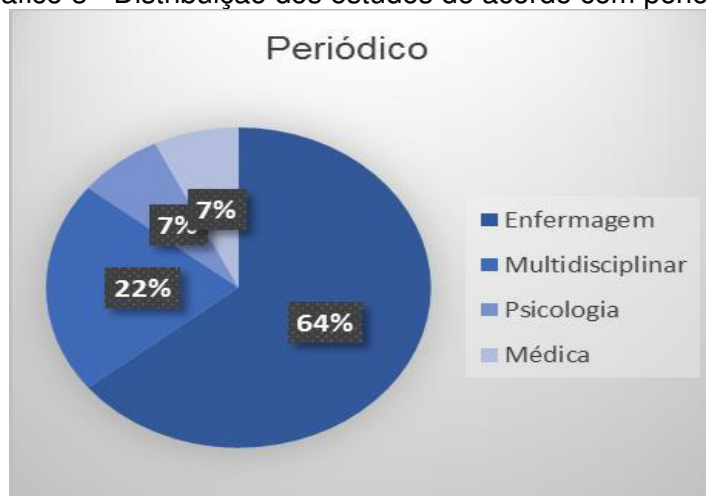
Gráfico 2 - Distribuição dos estudos de acordo com as regiões do Brasil



Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

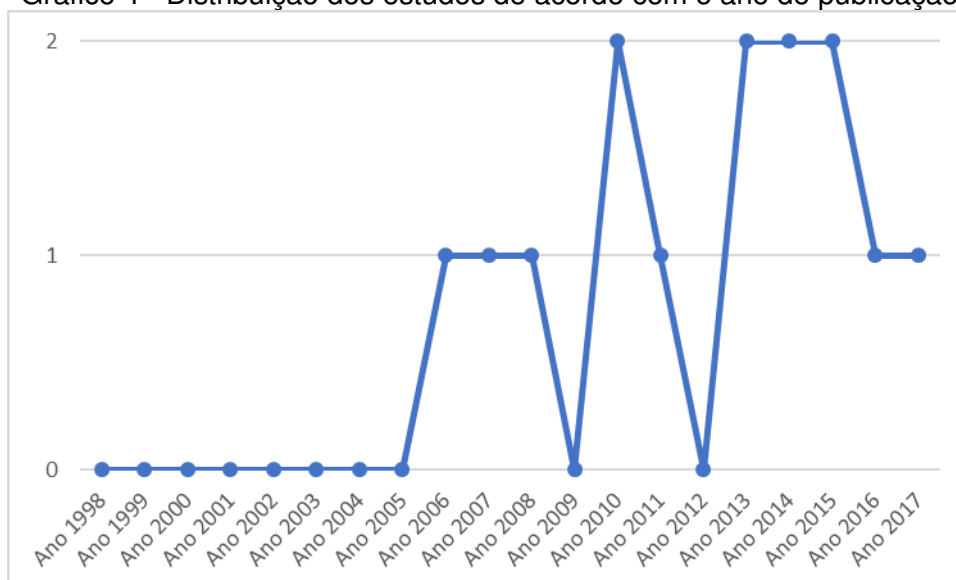
Ao analisar a distribuição dos artigos por periódicos/repositório (Gráfico 3) notou-se uma predominância dos periódicos da área da enfermagem com nove (64%) publicações, multiprofissional com 3 (22%), seguido da psicologia e médica com 1 publicação (7%) cada. A Enfermagem possui na sua formação a compreensão da assistência em saúde numa visão de cuidado integral, abrangendo assim o ser humano na sua totalidade. O destaque de publicações pela Enfermagem sugere que estes profissionais estão bastante envolvidos com a temática da amamentação, bem como com as orientações para o cuidado em saúde. (ROECKER; MARCON, 2011).

Gráfico 3 - Distribuição dos estudos de acordo com periódico



Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

Gráfico 4 - Distribuição dos estudos de acordo com o ano de publicação



Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

Conforme o gráfico 4, dentre os quatorze estudos que integraram a amostra, dois (14%) foram publicados em 2010, dois (14%) em 2013, dois (14%) em 2014, dois (14%) em 2015, um (7%) em 2006, um (7%) em 2007, um (7%) em 2008, um (7%) em 2011, um (7%) em 2016 e um (7%) em 2017. Como observado a publicação dos estudos iniciou a partir de 2006, o que pode estar relacionado ao fato de que neste ano o Ministério da Saúde incluiu no Pacto pela Saúde a meta de redução da mortalidade materno-infantil, que consta o empenho pela diminuição da ocorrência de transmissão vertical do HIV e da sífilis como prioridade (PEREIRA et al, 2010). Nota-se que houve, no mínimo, uma publicação nos

períodos de 2013 a 2017 o que totaliza 57% da amostra (8 estudos) e que nos últimos oito anos concentra-se o maior número de estudos. Não foram encontrados estudos sobre a temática nos anos de 1998 até 2005, o que pode ser justificado pelo fato de que nesse período o grupo de risco em sua maioria era composto por homossexuais e usuários de drogas e a doença era vista como resultado de uma vida “promiscua”, desta forma as pesquisas estavam voltadas para o controle da transmissão do vírus nesse grupo, embora a identificação da primeira transmissão vertical no Brasil tenha ocorrido no ano de 1985. Portanto, percebe-se que ainda não havia uma sensibilização por parte dos pesquisadores relacionada ao contexto da mulher que vive com HIV. Há também ausência de estudos nos anos 2009 e 2012.

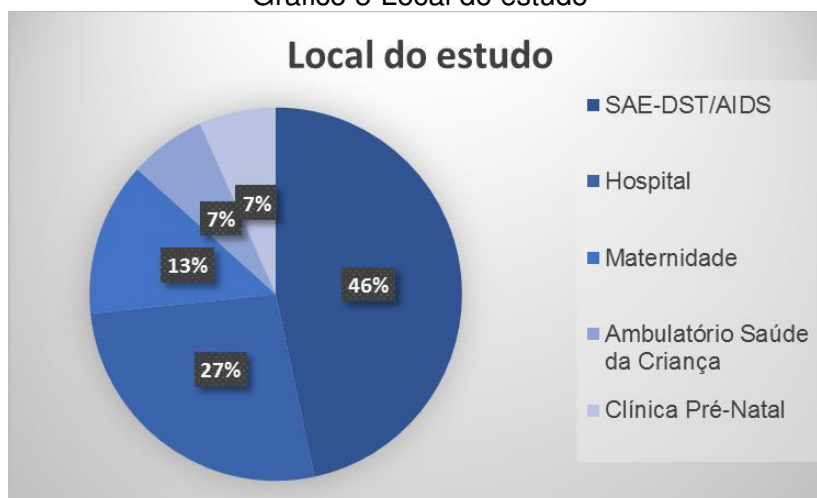
Em relação a metodologia utilizada nos estudos, a (tabela 1) indica que os quatorze (100%) apresentaram abordagem qualitativa. Levando em consideração a complexidade do ser humano, possivelmente se justifique a escolha da abordagem qualitativa, por possibilitar a análise de sentimentos e percepções, favorecendo, assim, a produção de conhecimentos acerca dos fenômenos subjetivos, os quais constituem o norte desta pesquisa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Tabela 1 – Classificação de acordo com o nível de evidência

Níveis de Evidência	n
Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados	Nenhum
Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental	Nenhum
Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais.	Nenhum
Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa;	14
Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência;	Não se aplica
Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.	Não se aplica

Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

Gráfico 5-Local do estudo

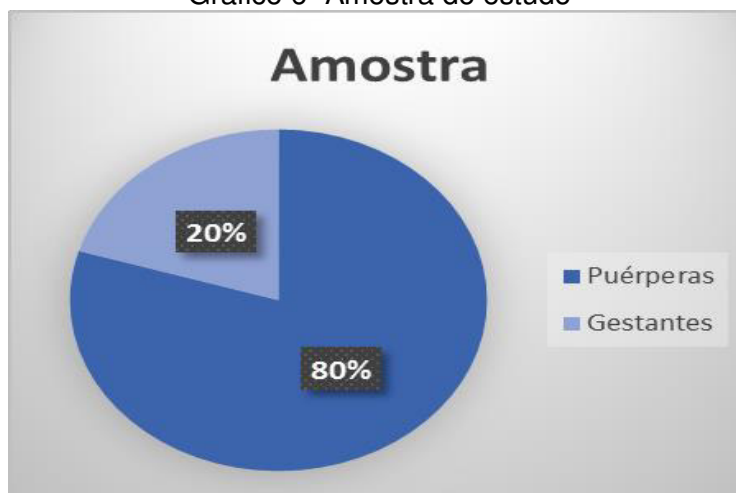


Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

Por meio do gráfico 5, observa-se que o local com maior quantidade de realização do estudo foi o Serviço de Assistência Especializada (SAE)-DST/AIDS, com sete (46%), seguido pelos hospitais de referência com quatro (27%), duas maternidades (13%), um (7%) ambulatório de saúde da criança e uma (7%) clínica pré-natal. Tendo em vista o atendimento integral e de qualidade dos usuários, por meio do trabalho multiprofissional, os serviços de saúde ambulatoriais em HIV e AIDS oferecem ações voltadas à assistência, prevenção e tratamento das pessoas que vivem com o HIV ou com a AIDS (BRASIL, 2013). Por apresentar tais características, o ambulatório de acompanhamento torna-se um local propício e facilitador para discussão dos sentimentos das gestantes e puérperas HIV positivo, justificando o envolvimento dos profissionais deste serviço com as publicações científicas relacionadas ao tema. Porém, vale destacar que apenas um estudo (E2) foi vinculado ao serviço de atenção primária, o que implica a impressão de que os profissionais ainda não atentaram para a vulnerabilidade da mulher portadora do HIV em relação à amamentação e sua saúde psíquica e também a complexidade na abordagem.

Esta situação pode justificar a característica da amostra dos estudos exposta no gráfico 6, onde do total de 290 participantes, 231 (80%) eram puérperas e cinquenta e nove (20%) gestantes. Os cuidados e a atenção das mulheres portadoras do HIV, quanto a sentimentos frente à impossibilidade de amamentar devem ser iniciados e trabalhados desde o pré-natal, continuando também na maternidade e durante o puerpério (BARROSO, 2013).

Gráfico 6- Amostra do estudo



Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

A Tabela 2, reúne informações sobre os sentimentos encontrados nos estudos. Observa-se que houve uma predominância (28%) do sentimento de tristeza, seguido do medo, o qual, está presente em nove estudos (21%); os sentimentos de culpa (13%) e compreensão (12%), a dor (7%), e o constrangimento e frustração representam (5%) cada um. O desespero integra (3%), a preocupação com o vínculo e estética, a angústia, inveja, incredulidade e aceitação surgindo cada um destes sentimentos em (2%) dos estudos.

Tabela 2- Sentimentos das gestantes e puérperas diante da não amamentação

Sentimentos	Quantidade
Tristeza	10
Medo	11
Compreensão	4
Culpa	3
Dor	3
Constrangimento	4
Frustração	2
Desespero	1
Aceitação	1
Negação	1
Preocupação com o vínculo	1
Preocupação com a estética	1
Inveja	1

Angústia	1
-----------------	----------

Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

5.3 Categorização dos resultados

Após a análise crítica dos estudos, elegeu-se três categorias relevantes, sendo estas: os sentimentos do impedimento da amamentação, estigma da amamentação e sentimentos diante da técnica de inibição da lactação. Percebeu-se que houve estudos que se fizeram presentes em mais de uma categoria, bem como aqueles que se destacaram em apenas uma.

5.3.1 Sentimentos do impedimento da amamentação

Os sentimentos desta categoria foram os mais predominantes representando 72% dos sentimentos identificados no estudo. O sentimento de tristeza foi evidente no E1 (TEIXEIRA et al.) cujo objetivo foi conhecer os sentimentos de mulheres que vivem com HIV e HTLV sobre a não amamentação. O cenário da pesquisa foi o Centro de Referências para IST/AIDS, na cidade de Salvador, Bahia. Esse estudo foi realizado com 134 mulheres. Os resultados demonstraram que as entrevistadas revelaram sentimento de tristeza diante da decisão de não amamentação. Essa decisão esteve ancorada no desejo de evitar a contaminação do seu filho para o vírus da imunodeficiência adquirida e/ou para o vírus T-lymfoftrópico humano. Concluiu-se que os sentimentos das entrevistadas acerca da não amamentação estão permeados por conflitos oriundos de padrões socio culturalmente estabelecidos com relação à amamentação. Na prática profissional, enfermeiras têm a possibilidade de intervir na situação da não amamentação apoiando a mulher na sua decisão (TEIXEIRA et al, 2017).

No E2 (TARIQ et al.), o único estudo internacional, cujo objetivo é análise da tomada de decisão sobre a alimentação infantil entre as mulheres africanas que vivem com o HIV e residem no Reino Unido, constata-se também o sentimento de tristeza. O estudo foi realizado entre 2010 e 2011, conduzido por entrevistas semiestruturadas com 23 participantes africanas grávidas ou puérperas em três clínicas de pré-natais contra o HIV, em Londres. As mulheres destacaram a importância cultural do aleitamento materno em comunidades africanas e a pressão para amamentar. As participantes tinham preocupações significativas sobre efeitos psicológicos da substituição de alimentação em sua criança e sentiram que suas identidades como boas mães foram comprometidas por não amamentar. No entanto, quase todas optaram por abster-se de amamentar,

impulsionadas pelo desejo de minimizar o risco de transmissão vertical. Sendo assim, concluiu-se que a decisão de evitar a amamentação veio com um considerável custo emocional para as participantes. Os profissionais devem estar cientes das dificuldades encontradas por mulheres soropositivas em se absterem do aleitamento materno, especialmente as provenientes de comunidades onde a amamentação é valorizada (TARIQ et al, 2016).

A preocupação com o vínculo, tristeza e compreensão foi relatada pelas participantes do E3 (DE PAULA et al, 2015), com objetivo de conhecer os sentimentos e as dificuldades de mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) frente à não amamentação e à assistência oferecida. Foram entrevistadas 36 mulheres/mães portadoras do HIV com acompanhamento no ambulatório de DST/AIDS. Os discursos mais relevantes apontam que as participantes da pesquisa sofrem com a impossibilidade de não amamentar seus filhos e com a falta de cuidado individualizado, especialmente, relativos aos problemas nas mamas. Crenças foram evidenciadas nos discursos que desmitificam o simbolismo do aleitamento, o que fortalece nas puérperas a aceitação da não amamentação. O estudo concluiu que o cuidado a esse grupo específico deve privilegiar assistência individualizada que auxilie, especialmente, nos conflitos emocionais no processo da não amamentação, assim como nos problemas mamários (DE PAULA et al, 2015).

O E4 (CONTIM et al, 2015) com o objetivo de discutir a vivência da mulher na dualidade de ser mãe e viver com HIV. A amostra foi composta por 35 mães de um serviço de assistência especializada em uma cidade da Zona da Mata Mineira. Dos resultados emergiram quatro categorias temáticas: descobrindo ser mãe e portadora do HIV; o temor da transmissão vertical e do preconceito; amamentar: sonho ou realidade; enfrentando as implicações decorrentes do reverso da amamentação. Os autores concluíram que a dualidade de estar grávida e ser portadora do HIV demanda assistência qualificada em que o papel do enfermeiro é essencial na condução desse processo (CONTIM et al, 2015). Portanto, a partir deste estudo foram evidenciados os sentimentos de culpa e tristeza.

O E5 (FRIGO et al, 2014) teve como objetivo conhecer as percepções das portadoras de HIV/AIDS perante a impossibilidade de amamentação. Notou-se a compreensão, constrangimento e tristeza expressa pelas participantes. O cenário do estudo foi um Hospital Dia, de referência no estado de Santa Catarina, em 2012. A

experiência de não amamentar, foi para as mulheres uma experiência penosa e emocionalmente desgastante, e criaram um modo de satisfazer a amamentação simbólica, idealizada por elas durante o ato de amamentar, como o toque e oferta da mamadeira bem junto ao corpo, substituindo o significado da amamentação fisiológica. Levando a conclusão que a enfermagem precisa além do cumprimento de protocolos a respeito da inibição da lactação, compreender e estimular a amamentação simbólica, criada pelas mulheres, além dos aspectos biológicos, os emocionais, sociais e culturais que circundam a mulher (FRIGO et al, 2014).

Os sentimentos de frustração, culpa, desespero, angústia e tristeza foram observados no E6 (KLEINÜBING et al, 2014). A pesquisa foi desenvolvida em um Serviço de Assistência Especializada ao HIV/AIDS, em uma cidade do Rio Grande do Sul com uma amostra de seis puérperas, tendo como objetivo conhecer como puérperas soropositivas para o HIV estão vivenciando ou vivenciaram a orientação de não amamentar. Emergiram duas categorias: 1. Dificuldade de enfrentamento da condição de não amamentação, 2. Não amamentação: um gesto de amor pelo filho. Concluiu-se que a decisão de não amamentar está atrelada à proteção e amor pelo filho. Os enfermeiros que atuam com gestantes e puérperas que vivem com HIV precisam se qualificar para tal, pois o Cuidado de Enfermagem visa promover a saúde e a felicidade, mesmo nas situações mais difíceis e complexas (KLEINÜBING et al, 2014).

Segundo o E7 (CARTAXO et al, 2013) a gestação, em geral, repercute emocionalmente na mulher e, mais intensamente, quando associada a uma situação clínica comprometedora da saúde do filho, como na possibilidade de transmissão vertical do HIV. Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo investigar as significações subjetivas das gestantes portadoras do HIV sobre a realização das ações de prevenção da transmissão vertical. A amostra do estudo foi composta por 12 gestantes. Os resultados demonstraram que as gestantes têm dificuldades imediatas para aderir aos medicamentos antirretrovirais, relutância em aceitar a possível indicação do parto cesáreo e sentimento de culpa e tristeza, diante da impossibilidade de amamentação do filho. Observa-se, assim, a necessidade de ações de apoio socioemocional a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde, especialmente os psicólogos, para favorecer o enfrentamento da transmissão vertical (CARTAXO et al, 2013).

O estudo E8 (GONÇALVES et al, 2013) apresenta como objetivo compreender os sentimentos das mulheres portadoras de HIV, enfatizando o significado de estarem grávidas, a impossibilidade de amamentarem, bem como a vivência relacionada aos procedimentos utilizados para inibição da lactação. Teve como cenário um hospital de nível secundário em referência obstétrica, com 12 mães soropositivas, no período de puerpério imediato, na cidade de Fortaleza-CE. Os resultados possibilitaram compreender a sobrecarga de sentimentos como compreensão e frustração relativos à descoberta do diagnóstico e à preocupação com a saúde do filho. As mulheres estavam em conflito afetivo e social devido à incerteza sobre a transmissão da doença para o filho e ao estigma social de serem portadoras do vírus (GONÇALVES et al, 2013).

No E9 (PADOIN; TERRA; SOUZA, 2011) está presente o sentimento de tristeza. Este artigo tem como objetivo apresentar a compreensão do mundo da vida da mulher que tem o vírus da imunodeficiência humana no cotidiano da (im)possibilidade de amamentar. A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário de Santa Maria – Brasil. Nos resultados tem-se que a mulher se mostra como ser-no-mundo-com-o-outro em um mundo que descreve com familiaridade no modo de ser da convivência, do estar só, da impessoalidade. Conclui-se que, no mundo do cuidado, é a partir da compreensão fenomenológica que dar-se-á a possibilidade de ajudar a mulher nessa situação vivida, a enfrentar as implicações a partir do diagnóstico, buscando desenvolver um cuidado solícito (PADOIN; TERRA; SOUZA, 2011).

A tristeza e compreensão também foram expressas por mulheres do E11 (COTIN et al, 2010) cujos objetivos foram discutir as implicações do reverso da amamentação imposto pela condição sorológica da mãe e descrever a forma de enfrentamento desta condição. O cenário do estudo foi o serviço de atenção especializada a portadores de HIV em uma cidade da Zona da Mata Mineira. As categorias temáticas evidenciaram questões relativas à experiência da amamentação, os sentimentos vivenciados ao passar pelo reverso da amamentação, além do enfrentamento das implicações decorrentes do reverso da amamentação. A conclusão evidencia que é imprescindível o profissional de saúde se aproximar da realidade dessas mulheres, ouvindo-as e permitindo que elas expressem todos os seus sentimentos e dúvidas. Assim, será capaz de esclarecer seus anseios, perceber possíveis riscos para a saúde da mulher e do filho, além de criar medidas que torne mais branda a vivência dessa realidade (COTIN et al, 2010).

No estudo E12 (ARAÚJO et al, 2008) pode-se elencar sentimento de tristeza nos relatos das mulheres. O objetivo foi identificar as experiências de gestantes e puérperas portadoras do HIV com a quimioprofilaxia para prevenção da transmissão vertical. A pesquisa foi desenvolvida em uma maternidade de referência de Fortaleza-Ceará. Os sujeitos foram gestantes e puérperas HIV positivas em acompanhamento pré-natal e no alojamento conjunto. A coleta de dados deu-se por meio de entrevista e a análise em três categorias: a revelação do diagnóstico aos familiares, o aconselhamento e a vivência das recomendações para a profilaxia da transmissão vertical. O estudo constatou que as mulheres enfrentaram situações de conflitos e sentimentos negativos diante da vida e ressaltou a importância do acompanhamento emocional por equipe multiprofissional capacitada, atenta as demandas subjetivas (ARAÚJO et al, 2008).

O penúltimo estudo (desta categoria) o E13 (BATISTA; SILVA, 2007) teve como objetivo: analisar os sentimentos de puérperas soropositivas ao HIV, em um alojamento conjunto, diante da impossibilidade de amamentar. Das entrevistas, emergiram cinco categorias que abrangeram sentimentos como: incredulidade, inveja, tristeza e aceitação. Por meio da análise destes sentimentos, observou-se que a mulher HIV positiva, impossibilitada de amamentar, vivencia uma realidade muito dolorosa que influencia seu modo de viver, sua saúde e de seu filho. Portanto, a Enfermagem precisa compreender e incorporar em seu cuidado, além dos aspectos biológicos, os emocionais, sociais e culturais que circundam a mulher, para lhe prestar uma assistência qualificada (BATISTA; SILVA, 2007).

5.3.2 Estigma pela não amamentação

Nesta categoria destacou-se um sentimento, o medo de que a não amamentação revelasse o estado sorológico das mulheres e, em decorrência da sua doença, estas fossem discriminadas. O medo esteve presente em dez artigos, sendo que nove destes (E1, E2, E6, E7, E8, E9, E11, E12 e E13) já foram descritos na etapa anterior.

Diante disto, descreve-se o E10 (PADOIN; SOUZA; DE PAULA, 2010) que objetivou compreender a cotidianidade da mulher infectada pelo vírus da imunodeficiência humana, diante da impossibilidade de amamentar. Desenvolveu-se entrevista com 12 mulheres, em um hospital universitário no sul do Brasil. Os depoimentos analisados revelaram que a mulher se mostra como ser no mundo e se mantém, predominantemente, na impessoalidade. Desvelou-se o modo de ser da decadência, expresso pela ocupação,

falatório, curiosidade, ambiguidade e temor, além da inautenticidade do pacto de silêncio e do não dito. O cuidado solícito, mediado pela relação dialógica entre a mãe e o/a filho/a, entre a mulher e o/a profissional, mostrou a possibilidade do movimento da inautenticidade para a autenticidade. O estudo recomenda como estratégia assistencial, o encontro vivido e dialogado, mediado pela escuta, empatia e intersubjetividade, que se desenvolva a partir da compreensão do modo de ser do humano diante das impossibilidades da condição sorológica e na busca de desvelar suas possibilidades (PADOIN; SOUZA; DE PAULA, 2010).

5.3.3 Sentimentos diante da técnica de inibição

Nesta classe estão presentes três sentimentos: o constrangimento que se identificou por meio da análise de dois estudos, o E5 e o E8 já citados nas categorias anteriores; o medo evidenciado no estudo E5 e a dor que se observou nos E5, E8 e no E14 e a preocupação com a estética identificado no E1.

O E14 (MORENO; REA; FILIPE, 2006) teve como objetivo compreender o significado da experiência de não amamentar e as razões que levam as mães a seguirem tal recomendação. O grupo estudado consistiu em 17 mães de um ambulatório infantil. Vivenciar a não-amamentação implica na reestruturação da relação mães/bebê, traz preconceitos e discriminação. A não-amamentação é uma forma de impedir a infecção da criança pelo HIV e uma forma de eximir-se de culpa, obtendo assim perdão da sociedade. Os resultados mostram que "não amamentar" - conduta identificada pelo enfaixamento dos seios - é considerado doloroso e punitivo. Envolve o desejo de manter sadio a criança e, mais do que aspectos biológicos, implica em questões sociais, culturais e emocionais. Parece indicar ainda falta de atenção dos profissionais da área da saúde ao sentimento das mães, quando essas enfrentam o dilema da não-amamentação.

6 DISCUSSÃO

As campanhas de incentivo a amamentação indicam o aleitamento materno como desejável e ideal para manutenção da saúde das crianças, atribuindo à mulher a responsabilidade de promovê-la (MACHADO; BRAGA; GALVÃO, 2010). Na sociedade, a maternidade tem sido valorizada e instituída como responsabilidade/dever da mulher, contribuindo para o imaginário da amamentação como processo sociocultural e histórico. A maternidade também se tem fundamentado em características construídas socialmente que remetem à afetividade (sentimentos como ternura e carinho), favorecendo o vínculo mãe-filho (MOREIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2013).

As expressões, ligadas ao aleitamento materno “sonho de toda mulher” e “dar tudo” representam a conexão existente entre essa prática e a maternidade, na vivência dessas depoentes. O estudo de Esteves (2000) deixa claro que a cultura favorável ao aleitamento materno é considerada um dos atributos que caracterizam a maternidade. A gravidez e a maternidade surgem quase como a realização social do papel de mãe; como se a mulher fosse apenas reconhecida como tal quando é mãe, quando traz frutos à sociedade onde está inserida (DODT et al, 2010)

A interrupção do sonho de não poder amamentar ocasiona sofrimento psicológico, pois seria a negação do alimento considerado como ideal e difundido na mídia como “o melhor remédio para a saúde do filho” (MACHADO; BRAGA; GALVÃO, 2010). Neste caso, destacando apenas o leite das mulheres que podem amamentar e desconsiderando daquelas que não podem amamentar, como as que estão infectadas pelo HIV.

A importância da amamentação está incorporada ao imaginário social, sendo comum a cobrança explícita desse ato quando a mulher se torna mãe. A literatura revela que a amamentação é um componente indispensável ao papel materno e, quando dissociado, traz sentimento de mutilação do papel social de ser mãe (ARAUJO et al 2008).

Diante dessa impossibilidade, mesmo sabendo que é para o bem-estar da criança, percebeu-se que a maioria das mulheres do estudo relatou sentir tristeza. Dentro desse contexto, elas relataram situações desagradáveis e constrangedoras vivenciadas perante as cobranças sociais (TEIXEIRA et al, 2017; GONÇALVES et al, 2013).

A tristeza consiste numa resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades (MOREIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2013).

Consequentemente, diante da impossibilidade de amamentar, a mulher reage sentindo-se mal, desconfortável, triste e chorosa, onde a tristeza é uma reação normal ao infortúnio. A maioria, se não todos os episódios mais intensos de tristeza são provocados pela perda, ou previsão de perda, seja de uma pessoa amada, de lugares, familiares e queridos, ou de papéis sociais (BATISTA; SILVA, 2007).

Sob a perspectiva das gestantes portadoras do HIV, a amamentação pode se configurar uma situação paradoxal e conflituosa, no qual o leite simbolicamente representa a saúde e a vida do filho e agora é uma fonte possível de seu adoecimento e morte. Torna-se, involuntariamente, uma ameaça para o filho, como se fosse obrigada a perceber a transfiguração do seu desejo de amor que se articulava na amamentação, num ato de conotação ameaçadora à integridade do filho (GONCALVES; PICCININI, 2007; RIGONI et al., 2008). Uma redefinição simbólica que dificulta o exercício do papel de mãe e articula uma perda vivida, às vezes, de forma melancólica e culpabilizante. Todavia, trata-se de uma vivência que, embora seja emocionalmente negativa, é, aos poucos, elaborada:

Corroborando com tal afirmação, os estudos E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E12 (TEIXEIRA et al, 2017; TARIQ et al, 2016; DE PAULA et al, 2015 ; CONTIM et al, 2015; FRGO et al, 2014; KLEINÜBING et al, 2014; CARTAXO et al, 2013; ARAÚJO et al, 2008) revelaram que o sentimento de tristeza no contexto da gestante e puérpera que vive com HIV, torna-se presente desde o momento da descoberta da gravidez pelo fato de serem desaconselhadas a praticarem a amamentação e ao se compararem com outras mulheres que amamentam. Para aquelas que já passaram pela experiência da amamentação, o fato de não poder mais oferecer o peito foi difícil, pois temiam perder, em parte, o papel de ser mãe, referindo, sentimento de tristeza, demonstrando que o aleitamento é uma experiência única e almejada para ser concretizada em cada nova gestação, em relevância disso elas tem a percepção que estão menosprezando suas crianças por não as estarem amamentando, tendo em vista que os filhos mais velhos foram amamentados. Porém, o grau da tristeza depende da valorização dada pela mulher à amamentação, que influencia no desejo dela de amamentar, conforme observado no E13 (BATISTA; SILVA, 2007) para algumas não amamentar era doloroso, porém, não tão excessivo, pois como suas experiências anteriores com esta prática foram frustrantes, seu desejo de amamentar não era tão intenso. Para outra, a tristeza possivelmente era grande, pois considerava o aleitamento como carinho maternal, uma benção de Deus. Conforme E9 (PADOIN; TERRA;

SOUZA, 2011) este sentimento vem porque sabem que nunca mais vivenciarão a amamentação e que os filhos que virão não saberão o que é mamar no peito.

Outro aspecto importante a ser destacado foi o sofrimento com representação sócio afetivo ao ver outras mães amamentando e não poderem fazer o mesmo. Experimentar a maternidade e não ter condições de amamentar e presenciar outras mulheres amamentando gera sentimento de tristeza (DE PAULA et al, 2017; FRIGO et al, 2014). Em concordância a este sofrimento da representação sócio afetiva as mulheres quando presenciam outras amamentando, expressam o desejo de vivenciar aquele momento, revelando sentimento de inveja. Observa-se por meio do estudo E13 (BATISTA; SILVA, 2007) que o Alojamento Conjunto (ALCON) por ser um local incentivador do aleitamento materno, pode tornar-se um ambiente propício para gerar nas mulheres sentimento de inveja, uma vez que a puérpera portadora do HIV vivencia sua impossibilidade de amamentar ao mesmo tempo que observa as outras mulheres amamentando seus filhos, o que muitas vezes se constitui uma situação dolorosa. Na sociedade, em decorrência da importância do aleitamento materno há uma cobrança social que acaba colocando essas mulheres em uma situação desagradável e o ALCON pelo seu objetivo de incentivo a tal prática é um dos locais que ocasiona nessas, outro sentimento encontrado na revisão, o constrangimento, devido a olhares de desconfiança das outras mães e questionamento do porquê não estarem amamentando, fazendo com que as mesmas mintam sobre o real motivo (FRIGO et al, 2014). As puérperas expressam o constrangimento em serem cobradas por não amamentar seus filhos. Identifica-se a cobrança de familiares e amigos que não entendem seu estado, provocando nelas angústia pela impossibilidade da amamentação (SILVA; SOUSA, 2005).

Os estudos evidenciam que o ambiente vivenciado pela puérpera com HIV e as pessoas que a cercam, interferem nos seus sentimentos e os intensificam. (KÜBLER-ROSS, 1995 apud BATISTA; SIVA, 2007) lembra que no segundo estágio do luto, as pessoas podem desenvolver sentimentos invejosos e questionar os motivos de estarem vivenciando aquilo, a partir de uma comparação.

A infecção pelo HIV e a impossibilidade de amamentar naturalmente seu filho conduzem a mulher a enfrentar processos biológicos, emocionais, psicológicos e sociais (BATISTA; SILVA, 2007). As pesquisas destacam que a abstinência da amamentação devido ao contágio do leite pelo HIV despertou nas mulheres, no que diz respeito ao

momento da descoberta da impossibilidade da amamentação, sentem-se frustradas quanto ao seu papel de mãe na sociedade contemporânea, principalmente ao se comparar com outras que amamentam e mesmo sabendo que a suspensão do aleitamento materno é para o bem estar do seu filho, é recorrente também o sentimento de culpa atrelado ao de preocupação com o vínculo, uma vez que, a amamentação é percebida como fundamental à materialização do elo afetivo mãe-filho. O sofrimento emocional desencadeado pela não amamentação proporciona sentimentos dolorosos e conflitantes (TEIXEIRA et al, 2017; DE PAULA et al, 2015; CONTIM et al, 2015; KLEINÜBING et al, 2014; GONÇALVES et al, 2013; CARTAXTO et al, 2013).

Quando se desconsidera essa condição psicológica, há um estímulo por meio da propagação da amamentação pela mídia e serviços de saúde do sentimento de culpa nas mulheres que em virtude de algum motivo, seja pessoal ou cultural, não desejam amamentar, ou que, por condições de saúde como as portadoras do HIV que estão impossibilitada de fazê-lo (FELICIANO; SOUZA, 2011; MARQUES; COTTA; PRIORE, 2001).

Na tentativa de evitar ou amenizar tais sentimentos de culpabilização e de preocupação com o vínculo, é importante esclarecer e orientar à gestante e puérpera sobre o fato de que o vínculo afetivo mãe-criança independe do tipo de aleitamento, ou seja, se natural (seio) ou artificial (mamadeira) e que o seio, um dos canais pelos quais a mulher, e, aí, por meio da função nutriz, expressa para si e para criança seu desejo de filiação e, também, de que, existindo esse desejo, o seio, sem culpabilidade, pode ser substituído pela mamadeira, e o leite natural, pelo artificial. O investimento afetivo depende, antes e sempre, de uma atitude emocionalmente acolhedora da mulher (CARTAXTO et al, 2013). O (E3) revela que algumas mulheres sentiam-se temerosas em não conseguir criar um vínculo com seu filho devido a suspensão do aleitamento materno e que qualquer pessoa que fosse oferecer a mamadeira para seu filho, ele poderia pensar que essa seria sua mãe e consequentemente viam-se culpadas caso isso acontecesse, enquanto outras mães (E5) buscaram trazer para o seu cotidiano outras maneiras que pudesse fazer com que esta relação mãe-filho fosse fortalecida, substituindo a amamentação fisiológica pela simbólica (DE PAULA et al, 2015; FRIGOT et al, 2014). A amamentação simbólica foi evidenciada por elas como, ofertar a mamadeira bem junto ao corpo, retirada da blusa da mãe para que a criança fique pele a pele e sinta o cheiro da mãe e que em contradição ao que muitos

autores citam que existe a perda do vínculo afetivo pela impossibilidade de amamentar, essas mães mostraram que não sentem ter perdido em momento algum o vínculo afetivo com seus filhos e sim sentem um amor incondicional por eles, lhes dando força em continuar a viver e lutando pela vida. (FRIGO et al, 2014). A literatura ratifica tal contexto, pois revela que os modos alternativos de nutrição para a criança não privarão nem mãe, nem criança do contato pele a pele, nem de carinhos e atenção, sendo importante destacar a existência de outros canais que possibilitam à mãe comunicar seu desejo pelo filho: o ninar, o banhar, o acariciar, o olhar etc. Essa orientação é relevante para qualquer gestante e necessária àquelas portadoras do HIV, que, além de tudo, estão subjugadas a atitudes preconceituosas (CARTAXTO et al, 2013; MONTICELLI; SANTOS; ERDMANN, 2007).

Outro sentimento encontrado neste estudo foi de desespero ocasionado pelo conhecimento da importância da amamentação e quando seus filhos choram e elas não podiam acalmá-lo por meio do seio, que simboliza fonte de vida, cheio de leite, porém é um alimento contaminado que traria riscos à saúde de seu filho, refletindo nestas mulheres angústia e inutilidade (KLEINÜBING et al, 2014). Os sentimentos são constituídos pelo fato destas mulheres serem desaconselhadas a praticar o aleitamento materno, pois o fato de estar gestando um ser e descobrir-se portadora do vírus HIV desencadeia mudanças de origem psicológica, já que a contaminação pelo HIV ainda não possui cura (BRASIL, 2010). Esta situação provoca o aumento nas expectativas quanto a possível contaminação do filho, bem como provoca sensações de angústia, insegurança e medo (COTIN et al, 2010).

Os sentimentos de inutilidade e tristeza, quando não são bem trabalhados e enfrentados pelo indivíduo podem ocasionar depressão, como no caso destas mulheres, a depressão pós-parto, sendo primordial o acompanhamento da evolução dos mesmos, para identificação precoce de maiores problemas psicológicos. (BATISTA; SILVA, 2007).

Para algumas mulheres o sentimento de negação diante da possibilidade da não amamentação foi tão intenso que resultou com que estas fossem impulsionadas a amamentar seus filhos. Mesmo sendo orientadas ou não e utilizada as técnicas de inibição da lactação, essas negaram a existência do risco da transmissão vertical e decidiram amamentar seus filhos, uma vez que, a não amamentação atribui à mulher perda do papel social. Dessa maneira a negação pode ser percebida como uma reação humana desta perda (BATISTA; SILVA, 2007). A negação é o primeiro estágio do luto, seja ela parcial ou total, e ocorre em quase todas as pessoas diante de uma situação difícil, não reconhecendo

a perda e que para se proteger da dor da realidade e fugir da mesma utilizam desse mecanismo de defesa psicológico (BATISTA; SILVA, 2007). Assim a negação da verdade pode salientar a primeira reação a um agravo, porque formaliza uma situação irreal, a qual na verdade é o que realmente se deseja.

O “instinto materno” foi mais forte do que a possível prevenção da transmissão vertical, demonstrando que a decisão e atitude da mulher quanto à amamentação depende de sua interpretação diante dos fatos. Revelando que, simplesmente determinar a essa o que fazer ou não, mesmo com fundamentação científica, não certifica que ela irá acatar as informações e ter o comportamento esperado pelo profissional, em virtude de quem decide o que fazer ou não com seu corpo e filho é a sua mãe (BATISTA; SILVA, 2007). Portanto, observa-se a importância de um acompanhamento adequado com um acolhimento humanizado e uma escuta qualitativa, porque nesta situação específica, sua decisão e comportamento podem interferir diretamente na saúde do filho.

Esse acompanhamento torna-se tão importante que os estudos desta revisão demonstram que as mulheres que tiveram assistência desde o pré-natal com uma equipe multiprofissional qualificada, mostraram-se conscientes da recomendação da não amamentação natural devido ao risco da transmissão do HIV pelo leite materno e, por mais doloroso que representasse o reverso da amamentação, este leite não foi ofertado à criança, demonstrando assim sentimentos de compreensão e aceitação diante da não amamentação, pois, nota-se que apesar de todo sofrimento, para essas mulheres a saúde do seu filho é mais importante, que diante da perda tão sonhada amamentação, conforma-se com a situação, pois, compreendem que esta renúncia possibilita a proteção à transmissão vertical do HIV para seus filhos, sendo essa uma medida de compensação e perdão (DE PAULA et al, 2015; FRIGO et al, 2014; GONÇALVES et al, 2013; COTIN et al, 2010; BATISTA; SILVA, 2007).

De acordo com Santos (2004), ação de enfaixamento das mamas suscita uma imagem do corpo centralizado na mama, que afeta a mulher/mãe nas suas dimensões física, psíquica, social e cultural, estando intimamente inter-relacionadas. Em seu estudo este autor buscou entender o significado da amamentação para o ser-mulher/mãe HIV positivo e verificou o elevado nível de rejeição e repúdio expresso corporalmente pela maior parte das mulheres/mães entrevistadas acerca do procedimento adotado como rotina pelos serviços de saúde, no caso, o enfaixamento. Elas declararam sensações no plano físico,

emocional e moral, que incluiu: sentir-se doente, diferente, mal-estar, revolta, angústia, impotência, perda de identidade feminina e materna, perda simbólica da mama, sufocamento, prurido, alergia, desconforto físico, constrangimento, sentimento de inferioridade, dor, tristeza, discriminação e humilhação.

Corroborando com tal pesquisa, os sentimentos diante da técnica de inibição, pelo enfaixamento das mamas, encontrados nesta revisão foram semelhantes àqueles relatadas pelo estudo de Santos, uma vez que, as mães sentiram dor, constrangimento e medo, o qual, fez com que estas se negassem a realizar tal conduta por receio de que este procedimento levantasse suspeita de familiares e amigos sobre seu estado sorológico (FRIGO et al, 2014; GONÇALVES et al, 2013; MORENO, REA; FILIPI, 2006). Além de que esta técnica de inibição acarreta sentimento de preocupação com a estética devido à relação dos seios com o ser mulher sendo motivo também de não adesão ao enfaixamento das mamas (TEIXEIRA et al, 2017 e FRIGO et al, 2014)

Considerando o contexto histórico-social do HIV, as mulheres relataram o sentimento de medo do estigma e da discriminação social em decorrência da não amamentação. As entrevistadas mostraram-se desconfortáveis ao relatar sua experiência de não amamentação, pois a probabilidade da transmissão materno-infantil juntamente ao estigma e preconceito ainda presente indica que o fato da mulher optar pela maternidade, na presença da infecção do vírus HIV, é geralmente visto como um ato de irresponsabilidade por elas praticado. Neste contexto, o medo de que a sociedade tome conhecimento do diagnóstico, devido à possibilidade de estigmatização e culpabilização, faz que as puérperas com HIV evitem a revelação de sua condição sorológica pelo receio de serem julgadas, escondendo de seus familiares e amigos, justificando a ausência do aleitamento materno motivado pela presença de outras doenças e condições (TEIXEIRA et al, 2017; KLEINÜBING et al, 2014; CARTAXO et al, 2013; PADOIN, TERRA, SOUZA, 2011; COTIN et al, 2010; ARAÚJO et al, 2008 ; BATISTA; SILVA, 2007). No estudo realizado com mulheres africanas (E2) onde a amamentação na África também é altamente valorizada e que a suspensão da amamentação levanta suspeita sobre a infecção pelo HIV, diante do medo do estigma e da situação socioeconômica desfavorável, revela que uma mãe ofereceu o leite materno contaminado pelo vírus (TARIQ et al, 2016).

Os estudos também evidenciaram o papel da enfermagem nesse contexto. A dualidade de estar grávida e ser portadora do vírus HIV requer assistência qualificada em

que o papel do enfermeiro é fundamental na condução desse processo. Estes, na prática profissional têm a possibilidade de intervir na situação da não amamentação apoiando a mulher na sua decisão, portanto, é necessário que haja preparo destes profissionais para tal, pois o cuidado visa promover a saúde e o bem-estar, mesmo nas situações mais difíceis e complexas. Sendo necessário aproximar-se da realidade dessas mulheres, com uma escuta qualitativa permitindo que elas expressem todos seus sentimentos e dúvidas, assim será capaz de esclarecer seus anseios, perceber possíveis riscos para a saúde da mãe e filho, além de criar medidas que tome mais branda a vivência dessa realidade. Porém, estudos indicaram a falta de atenção dos profissionais da área da saúde ao sentimento das mulheres, quando essas enfrentam o dilema da não-amamentação. (TEIXEIRA et al, 2017; FRIGO et al, 2014; COTIN et al, 2010; BARBOSA; SILVA, 2007; MORENO et al, 2006).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O incentivo ao aleitamento materno está presente no cotidiano da sociedade, sendo divulgado por meio da mídia e serviços de saúde, no entanto, existem mulheres que não podem amamentar, como as que vivem com o HIV. Dessa maneira, notou-se que a descoberta da infecção do HIV associada à gestação gera conflitos e traz sofrimentos a estas mulheres.

A maioria das referências recuperadas foram publicadas no Brasil, com maior concentração nas regiões sul, seguida pelo sudeste e nordeste, e um estudo internacional realizado em Londres. Sendo assim, aponta para necessidade de reforçar as pesquisas internacionais voltadas para os sentimentos das mulheres com HIV positivo, as quais são impossibilitadas de amamentar. Observa-se que as pesquisas começaram a ser publicadas a partir de 2006, cujo ano coincide com as ações do Ministério da Saúde voltada para assistência da saúde materno-infantil, que inclui proteção da criança em relação a transmissão vertical do HIV. Há uma predominância dos estudos na área da enfermagem, os pesquisadores desta área abrangiam estudantes de graduação, mestres e doutores, demonstrando que a preocupação destes profissionais vai além da saúde física, mas abrange também a saúde mental e o bem-estar social, vendo assim, o ser humano na sua totalidade.

Evidenciou-se que a maior parte da amostra é composta por puérperas e o Serviço de Assistência Especializada (SAE) DST-AIDS foi o local com maior realização de pesquisa e que somente um estudo foi realizado em uma clínica pré-natal, revelando que há necessidade de um despertar por parte dos profissionais, visto que, as mulheres infectada pelo vírus HIV devem ter uma assistência de qualidade e humanizada desde as primeiras consultas do pré-natal, buscando compreender seus sentimentos, percepções e esclarecer as dúvidas acerca da não amamentação, ajudando assim a amenizar seu sofrimento diante desta situação.

Considerando os sentimentos vivenciados pelas mulheres portadoras do HIV diante da impossibilidade de amamentar, envolvido de elementos sociais e culturais, percebe-se o forte impacto que esta realidade apresenta em suas vidas e, portanto, em sua saúde. Para que essa situação seja enfrentada, juntamente com os sentimentos provocados, é importante que elas se sintam seguras, encontrando apoio em sua família, amigos e profissionais de saúde. Estes, em especial, precisam compreender o universo

emocional e cultural desta mulher, sendo capacitados, para assim aproximarem-se da sua realidade, agindo com empatia, adequando suas orientações e cuidados durante o pré-natal, parto e puerpério, com a finalidade de serem mais efetivos.

Como limitação do estudo, destaca-se a pequena amostra de referência recuperada sobre os sentimentos das gestantes e puérperas que vivem com HIV, nas pesquisas internacionais, delimitando a comparação entre os estudos de outros países em condições socioeconômicas e culturais diferente do Brasil. Porém, sabe-se que abordar este tema é desafiador, em decorrência do estigma presente na sociedade relacionado ao HIV, onde muitas mulheres mesmo com o sigilo e ética profissional, não se sentem confortáveis e seguras para falar sobre o tema com medo de que seu estado sorológico seja descoberto e que possam sofrer preconceito da sociedade. Assim sendo, esse estudo aponta conexões e lacunas de conhecimento para o desenvolvimento de novas pesquisas.

Esta revisão oferece reflexões a partir de subsídios teóricos sobre a saúde física e mental das mulheres HIV positivo diante da não amamentação. Sugere-se, portanto, que desde a graduação, disciplinas voltadas para saúde da mulher abordem esta temática, com elaboração de estratégia para educação permanente dos profissionais no sentido de sensibilizá-los e capacitá-los para o cuidado humanizado e integral das mulheres que são impossibilitadas de amamentar, oferta de espaços para uma escuta qualificada e sensível das mesmas, sejam em atividades realizadas em grupo ou individual de forma dinâmica para que haja o mínimo possível de barreira nessa comunicação. Estudos de como a mídia está trabalhando o incentivo ao aleitamento materno junto as mulheres que não podem amamentar, como as portadoras do HIV. Como contribuição este estudo pode oferecer subsidio para elaboração de campanhas publicitárias com efetividade e que não afete a saúde mental das gestantes e puérperas que estão impossibilitadas de amamentar, pois, estas também necessitam e são dignas do cuidado individualizado, uma vez que o SUS apresenta caráter universal e integral.

REFERÊNCIAS

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. BRASIL. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília; 2010

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Controle Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4. ed. Brasília, DF, 2006a. (Série Manuais, n. 68).

_____. Ministério da Saúde. **Normas Éticas. In: COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS (Brasil)**. Legislação sobre DST e Aids no Brasil. 2.ed. Brasília, DF: CNDST/AIDS, 2000a. v.2, tomo II, p. 842-843.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de enfrentamento da feminização da epidemia da Aids e outras DST**. Brasília, DF, 2007a.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel temático: saúde da mulher**. Brasília, DF, 2007a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 4.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids** [publicação on-line]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf>.2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistenciaespecializada-em-hivaida

27^a a 52^a Semanas epidemiológicas julho a dezembro de 2007. **Boletim Epidemiológico AIDS**, Brasília, DF, ano V, n. 1, [2008].

ARAUJO, M. et al. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 589-594, Oct. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500010&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S003471672008000500010>. Acesso em: 15 de jul. de 2018

BARROSO L.M.M.; GALVÃO M.T.G.; CAVALCANTE R.M.; FREITAS J.G. Cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao HIV/AIDS. **Rev. RENE**. [periódico na Internet]. 2009 out/dez ;10(4)155-164. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol10n4_html_site/a18v10n4.htm>. Acesso em 05 de set. de 2018

BATISTA, C.; SILVA, L. R. Sentimentos de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 268-275, jun. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452007000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 de ago. de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000200013>.

BATISTA, S. B.; GOMES, A.P. **AIDS: conhecer é transformar**. Petrópolis: Vozes, 2000.

BELLINI, N. R. **Significações Psicossociais do diagnóstico de HIV e do impedimento da amamentação para as gestantes: um estudo clínico-qualitativo**. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2008. Disponível em:<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/308999/1/Bellini_NaraRegina_M.pdf>. Acesso em: 25 de ago. de 2018.

BRASIL, Ministério Da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Projeto Nascer**. Brasília, 1ª edição, 2003.

BRASIL, Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids. **Boletim Epidemiológico- HIV/AIDS**. p. 8; 16. Brasília, 2017a.

BRASIL, Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, ed.1, 2017b.

BRASIL. **História da AIDS**. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. 2018. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>>. Acesso em: 01 de set. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **GUIA PARA CERTIFICAÇÃO DA ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde: Brasília 1ª edição, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Aconselhamento em DST/AIDS**. Brasília, DF, 2000a. 111 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.104, de 19 de novembro de 2002**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://<bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2104_19_11_2002.html>. Acesso em: 01 de set. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Realização do Teste Rápido para HIV e Sífilis na atenção básica e aconselhamento em DST/Aids da Rede** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2012a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resoluções/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em:01 de set. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde: Brasília; 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de Alto Risco: manual técnico**. 5a ed. Brasília: SAA; 2012b.

BRASIL. **Rede Cegonha**. SAS – Brasília/DF – Jan/2013 – 5.000 ex. – Editora MS/CGDI/SAA – OS 2013/0168.

BRAVO, M. I. S. **Participação Social e Controle Social**. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de; ARAÚJO, P. S. X. de (Org.). Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/ NAPE, 2001. p. 77-84.

CAMARGO, L. A.; CAPITÃO, C. G. Uma abordagem histórica e conceitual da Aids: novas perspectivas, velhos desafios. **Psicopedagogia online**, v. 1, p. 1-6, 2009.

CAMPOS C. G. A. P. C, et al. A vulnerabilidade ao HIV em adolescentes: estudo retrospectivo em um Centro de testagem e aconselhamento. **Rev. Min Enferm** [Internet]. 2014;18(2):310-4. Disponível em: [http:// www.reme.org.br/artigo/detalhes/929](http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/929)>. Acesso em: 28 de ago. de 2018.

CARTAXO, C. M. B. et al. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 18, n. 3, p. 419-427, Sept. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2013000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de jul. de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2013000300002>.

CASTRO, R.C. **As contradições do assistir em amamentação**: incentivo ao aleitamento materno versus inibição da lactação. 2002. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CONTIM, C.L.V. et al. Ser mãe e portadora do HIV: dualidade que permeia o risco da transmissão vertical. **Rev. enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):401-6

CONTIN, C. V.L. et al. Experiência da mãe HIV positivo diante do reverso da amamentação. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 278-284, out./dez. 2010.

Disponível

em:<<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/1172/458>> Acesso em: 15 de jul. de 2018.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. **Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/AIDS entre Mulheres**. Brasília, DF, 2007c.

COUTSOUDIS, A. et al. **Morbidity in children born to women infected with human immunodeficiency virus in South Africa: does mode of feeding matter?**. Acta Pædiatrica, 2003 92: 890-895. doi:[10.1111/j.1651-2227.2003.tb00620.x](https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2003.tb00620.x)
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1651-2227.2003.tb00620.x>. Acesso em: 28 de det. De 2018.

DE PAULA, M.G. et al. Enfrentamento de puérperas HIV positivas relacionado ao ato de não amamentar. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2015 jan./mar.;17(1):136-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.23949>. Acesso em: 15 de jul de 2018.

DE SOUZA M.T; DA SILVA M.D; DE CARVALHO R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-6, 2010

DODT, R. C. M. et al. Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. **Rev. Enferm UERJ**. [periódico na Internet]. 2010 18: 345-51. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a02.pdf>. Acesso em: 10 de out. de 2018

ESTEVES, T. M. B. **Olhando o passado e repensando o futuro: a desconstrução do paradigma da amamentação, em relação ao vírus da imunodeficiência humana na transmissão vertical [dissertação de mestrado]**. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO; 2000.

FELICIANO, D. S.; SOUZA, A. S. L. Para além do seio: Uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê a partir de dificuldades na amamentação. **Jornal de Psicanálise**, 44(81), 145-161.

FRIGO, J. et al. As percepções das mulheres portadoras de HIV/AIDS perante a impossibilidade de amamentação. **Rev. pesquis. cuid. fundam.** (Online);6(2):627-636, abr.-jun. 2014. Disponível em:<
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expr=Search=712334&indexSearch=ID>. Acesso em: 15 de jul. de 2018.

GALVÃO, J. **A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos antirretrovirais: privilégio ou um direito?**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 213-219, jan./fev. 2002.

GONÇALVES, T. R.; PICCININI, C. A. **Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo hiv/aids**. *Psicologia - USP*, 18(3), 113-142. 2007

GONÇALVES, V. F. et al. Mulheres soropositivas para o hiv: compreensão, sentimentos e vivência diante da maternidade. **Rev. Bras. Promoc. Saúde**, Fortaleza, 26(2): 281-289, abr./jun., 2013. Disponível em:<
http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2918/pdf_1.doi:10.5020/18061230.2013.p28.
Acesso em: 23 de ago, de 2018.

KLEINÜBING, R. E. et al. Puérperas soropositivas para o HIV: como estão vivenciando a não amamentação. **Rev. enferm UFPE on line.**, Recife, 8(1):107-13, jan., 2014.
Disponível
em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9612/9588>.
Acesso em: 29 de jul. de 2018.

LOPES, A. C. M. U. et al. Implementation of fast tests for syphilis and HIV in prenatal care in Fortaleza, Ceara. **Rev. Bras Enferm** [Internet]. 2016.;69(1):54-8. Disponível em
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0062.pdf> Acesso em: 25 de set. de 2018.

MACHADO, M. M. T.; BRAGA, M. Q. C.; GALVAO, M. T. G. Problemas com a mama puerperal revelados por mães soropositivas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 120-125, Mar. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de out. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100017>..

MARQUES, E. S., COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. (2001). **Mitos e crenças sobre o aleitamento materno**. *Ciência e Saúde coletiva*, 16(5), 2461-2468.

MATIDA, L. H. et al. **Considerações sobre o aleitamento materno e o HIV. Programa de DST e AIDS.** Manual – Secretaria de Saúde de São Paulo e Coordenação Estadual DST/AIDS, 2002

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400018>. Acesso em: 26 de jan. de 2018.

MONTICELLI, M.; SANTOS, E. K. A.; ERDMANN, A.L. Ser-mãe HIV-positivo: significados para mulheres HIV positivo e para a enfermagem. **Acta Paul. Enferm.** [periódico na Internet]. 2007 ;20(3):291-8. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002007000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 23 de ago. de 2018.

MOREIRA, M. A; NASCIMENTO, E. R; PAIVA, M. S. Representações sociais de mulheres de três gerações sobre práticas de amamentação. **Texto Contexto Enferm.** 2013;22(2):432-441.

MORENO, C.C.G. S.; REA, M. F.; FILIPE, E. V. Mães HIV positivo e a não-amamentação. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 2, p. 199-208, June 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 de ago. de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000200007>.

NEVES, C.V; MARIN, H.A. **A impossibilidade de amamentar em diferentes contextos.** Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.38, p.<198-214>, jan./jun. 2013.

PACE, D. S. F.; **A influência da feminização da Aids sobre a prática da enfermeira em relação ao aleitamento materno.** Dissertação (Mestrado Enfermagem, saúde e sociedade) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2015.

PADOIN, S. M. M. et al; SOUZA, I. M.O; PAULA, C. C. Cotidianidade da mulher que tem HIV/AIDS: modo de ser diante da (im)possibilidade de amamentar. **Rev. Gaúcha Enferm.**

(Online), Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 77-83, Mar. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de jul. de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000100011>.

PADOIN, S. M. M.; SOUZA, Í. E. O.; PAULA, C. C. Cotidianidade da mulher que tem HIV/AIDS: modo de ser diante da (im)possibilidade de amamentar. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 77-83, Mar. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de jul. de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000100011>.

PADOIN, S. M. M.; TERRA, M. G.; SOUZA, Í. E. O. Mundo da vida da mulher que tem HIV/AIDS no cotidiano da (im)possibilidade de amamentar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-21, Mar. 2011. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de jul. de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100003>.

PEREIRA, G. F. M. et al. **Perspectivas para o controle da transmissão vertical do HIV no Brasil**. In: Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 335-345.

RIGONI, E. et al. **Sentimentos de mães portadoras de HIV/AIDS em relação ao tratamento preventivo do bebê**. *Psicologia - USF*, 13(1), 75-83. 2008.

ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, Dec. 2011. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de out. de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400007>.

SANTOS, E. K. A. **A expressividade corporal do ser-mulher/mãe HIV positiva frente à privação do ato de amamentar: a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria da expressão de Merleau-Ponty [tese doutorado]**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.

SILVA, A. P. ; SOUZA, N. Prevalência do aleitamento materno. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 3, p. 301-310, June 2005 . Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732005000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 de set. de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732005000300002>.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em: 14 de ago. de 2018.

TARIQ, S. et al. **Sex Transm Infect.** 2016;92:331–336. doi:10.1136/sextrans-2015-052224

TEIXEIRA, M. A. et al. SENTIMENTOS DE MULHERES SOROPOSITIVAS ACERCA DA NÃO AMAMENTAÇÃO. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 31, n. 3, e21870, 2017. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502017000300315&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 de ago. 2018. Epub 19-Mar-2018. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i3.21870>.

UNAIDS-World Health organization. **Estatísticas**. Disponível em <
<https://unaid.org.br/estatisticas/>. 2018. Acesso em: 20 de ago. de 2018.

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome _____ Local de trabalho _____ Graduação _____
País	
Idioma	
Ano da publicação	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
C. Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outra área da saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não-experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa <input type="checkbox"/> Revisão de literatura <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> Outras
2. Objetivo ou questão de investigação	

3. Amostra	3.1 Seleção <input type="checkbox"/> Randômica <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outra _____ 3.2 Tamanho (n) <input type="checkbox"/> Inicial _____ <input type="checkbox"/> Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 5.4 Instrumento de medida: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____
6. Resultados	
7. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____
8. Nível de evidência	
9. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO DO CURSO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. TÍTULO: Gestantes e puérperas soropositivas para o HIV: sentimentos diante da não amamentação
2. ALUNO(A): Kirlian Karolene Araújo Pereira
3. ORIENTADOR(A): Profa. Dra. Eremita Val Rafael
4. INTRODUÇÃO: adequada
5. JUSTIFICATIVA: adequada
6. OBJETIVOS: faltam os objetivos específicos
7. PROCESSO METODOLÓGICO: adequada
8. CRONOGRAMA: adequado
9. TERMO DE CONSENTIMENTO: não consta
10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: adequada
11. CONCLUSÃO DO PARECER: aprovado

São Luís, 27 de 04 de 2018

Rosângela F. do Bastos
Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 30/04/2018
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em / /
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / /

Lena Maria Barros Fonseca
Prof.ª Dr.ª Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem

Lena Maria Barros Fonseca
Prof.ª Dr.ª Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem
UFMA