



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE-CES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

FERNANDO SILVIO DE SOUZA VIRGOLINO

**O SEIO MATERNO E O ALIMENTO PROIBIDO: SENTIMENTOS DE
MULHERES SOROPOSITIVAS DIANTE DA IMPOSSIBILIDADE DE
AMAMENTAR**

CUITÉ-PB
2014

FERNANDO SILVIO DE SOUZA VIRGOLINO

**O SEIO MATERNO E O ALIMENTO PROIBIDO: SENTIMENTOS DE
MULHERES SOROPOSITIVAS DIANTE DA IMPOSSIBILIDADE DE
AMAMENTAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da
Universidade Federal de Campina Grande –
Campus Cuité - PB, para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Msc. Glenda Agra

CUITÉ-PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

V817s Virgolino, Fernando Silvio de Souza.

O seio materno e o alimento proibido: sentimentos de mulheres soropositivas diante da impossibilidade de amamentar. / Fernando Silvio de Souza Virgolino. – Cuité: CES, 2014.

72 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Glenda Agra.

1. Aleitamento materno. 2. AIDS - mulheres. 3. Mulheres – amamentação - AIDS. I. Título.

CDU 616-083-053.2

FERNANDO SILVIO DE SOUZA VIRGOLINO

O SEIO MATERNO E O ALIMENTO PROIBIDO: SENTIMENTOS DE MULHERES SOROPOSITIVAS DIANTE DA IMPOSSIBILIDADE DE AMAMENTAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cuité - PB, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. MSc. Glenda Agra – UFCG

Orientadora

Prof^ª. MSc. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima – UFCG

Examinadora

Prof^ª. MSc. Janaína von Söhsten Trigueiro– UFCG

Examinadora

Dedico esse trabalho aquela que se fez presente em toda a minha infância, ofertando amor e carinho através do cuidar atrelado aos ensinamentos que contribuíram para construção do meu ser, me mostrando que mesmo diante dos momentos difíceis precisamos olhar em frente com a esperança de que o melhor está por vir. A você exemplo de mulher guerreira Valdenice Vicente dos Santos *in memoriam*.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus** por estar sempre ao meu lado, enxugando as minhas lágrimas quando a saudade se fazia presente ou mesmo quando os obstáculos traziam momentos de tristeza, foi o senhor que me estendeu a mão e me deu forças para nunca fraquejar e seguir em frente.

Ao meu pai **Silvio** e minha mãe **Josefa** que sempre me apoiaram em todas as minhas escolhas me dando força todas as vezes que fraquejei e quis desistir, e pra falar a verdade, seguir em frente foi difícil quando me deparei em uma realidade distante de vocês, que sempre foram meu porto seguro. Essa distância trazia uma saudade imensa e uma vontade cotidiana de voltar, mas o desejo comum a todos nós era a realização desse sonho mesmo em meio a tantos obstáculos que a vida nos proporcionou. Vocês foram a razão pela qual esse sonho se torna realidade hoje, pois foi através do trabalho de vocês que consegui essa vitória, e perceber que muitas vezes vocês desistiram de seus sonhos para a realização dos meus me fez reconhecer que eu nada seria sem vocês em minha vida. Só tenho a agradecer pelos ensinamentos diários e todo o amor proporcionado.

Aos meus irmãos **Fillipe** e **Shirlyne** por sempre acreditarem em meu potencial, me incentivando sempre a nunca desistir dos meus sonhos e transformar os obstáculos que a vida me proporcionava em desafios a serem vencidos.

Aos meus avós **Francisco** e **Maria** que me fizeram refletir acerca do aprendizado de viver entre os dois tempos, um passado que não vivenciei mas que reflete a sabedoria e o presente que nos traz ensinamentos de compreensão e respeito à cultura e os costumes adquiridos em suas vivências. Vocês trouxeram um novo olhar para a compreensão do amor me mostrando que o cuidado e a proteção são elementos essenciais de afetividade.

Aos demais **familiares** que sempre estiveram comigo nessa longa jornada de escolhas, sempre me incentivando a seguir em frente e nunca desistir dos meus sonhos.

A minha orientadora **Glenda Agra** que me acolheu de braços abertos mesmo com todas as resistências que possuía acerca da temática, se disponibilizando a enfrentar as dificuldades que o estudo nos proporcionaria. Com atenção e dedicação partilhou todo o seu conhecimento através dos ensinamentos que me levaram a conclusão desse trabalho.

Você na realidade foi uma “mãezona”, e como toda mãe na busca incessante por educar seu filho me deu vários conselhos e lições no âmbito acadêmico e pessoal. É com enorme satisfação que lhe agradeço pela amizade ofertada e pela confiança depositada.

Às componentes da banca examinadora em primeiro lugar quero agradecer a disponibilidade ofertada, e trazer à tona o carinho e apreço que sinto por cada uma. **Alyne Mendonça** gostaria de agradecer a paciência dedicada através do diálogo para a escolha do tema, afinal de contas foram muitas horas de conversas as quais me deram a oportunidade de conhecer um pouco de sua história, demonstrando sua disponibilidade em ajudar ao próximo. **Janaína von Söhsten** gostaria de agradecer por ter me despertado a curiosidade em saber como seria a vivência de uma mulher soropositiva para o HIV diante da não amamentação, pois me lembro que foi a temática que me sugeriu após uma conversa informal, e o que tenho a lhe dizer é que você é exemplo de superação, tenho grande admiração pela sua pessoa.

Não poderia deixar de agradecer aquela que inicialmente contribuiu também para a construção desse trabalho **Gigliola Bernardo**, obrigado pelas orientações acerca do tema em questão, a sua disponibilidade em me ajudar me tornou grato às considerações feitas para os melhores caminhos a serem trilhados para obter-se um estudo de qualidade.

A todo o **corpo docente** que nos transmitiu seus conhecimentos e experiências nos capacitando para a vida profissional. A vocês agradecemos não apenas o conhecimento científico ensinado, mas também o amor dedicado à profissão, conteúdo este jamais encontrado nos livros.

As irmãs de coração que construí quando fiz a escolha de buscar o meu futuro na cidade de Cuité-PB: **Amanda Bezerra, Patrícia Brandão, Saionara Lenarda, Sarah Coêlho e Thyanne Kelly**, foram vocês que tornaram os meus dias mais felizes através das demonstrações de afeto, dedicação e companheirismo, dedicando o tempo de vocês para os momentos de alegria e tristeza, refletindo com isso no alicerce para a amizade construída. Olhar para trás e lembrar de tudo o que vivemos dá um aperto no peito em saber que cada um irá trilhar caminhos diferentes, mas, de tudo fica uma certeza: Não importa o quão distantes ficaremos vocês sempre estarão presentes em meu coração.

Aos meus **colegas** de curso pelos momentos que a convivência nos proporcionou, compartilhando momentos de alegria e tristeza que se tornaram substanciais para o meu amadurecimento. Compartilhamos juntos as noites em claro de estudo, a saudade de casa, as notas ruins, vibrávamos nas notas boas, comemorávamos juntos as vitórias alcançadas, e foram vivências necessárias a um objetivo comum que nos tornaram capacitados em realizar a profissão escolhida.

Aos **profissionais** do Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS do município de Campina Grande-PB, por terem confiado na seriedade dessa pesquisa, me recebendo com carinho e atenção, ofertando a disponibilidade do serviço e proporcionando todos os subsídios necessários a realização da pesquisa.

As **mulheres/mães** participantes deste estudo toda a minha gratidão por ter compartilhado cada momento de suas vivências, me proporcionando o sentimento de empatia, refletindo com isso na melhoria do meu ser. Obrigado por terem acreditado na importância desse estudo e pela permissão em adentrar em suas histórias. A vocês todo o meu respeito, carinho e gratidão.

A todos aqueles que perto ou longe de alguma maneira se fizeram presentes, através de gestos, palavras, pensamentos e orações. Muito obrigado!

RESUMO

VIRGOLINO, F.S.S. **O seio materno e o alimento proibido:** Sentimentos de mulheres soropositivas diante da impossibilidade de amamentar. Cuité, 2014. 72 Folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – PB, 2014.

O cotidiano da mãe vivenciando HIV/AIDS é dominada por interrogações, dúvidas e incertezas, pois se preocupa com a revelação do diagnóstico, convive com a expectativa quanto ao futuro da criança, se o filho será ou não portador do HIV, se ela sobreviverá o suficiente para cuidar do filho ou se este ficará sob os cuidados da família e, ainda, pode sofrer diversas situações permeadas por preconceito e estigma. Diante dessa conjuntura, o objetivo desta pesquisa foi investigar os sentimentos que assolam o contexto de mulheres com sorologia positiva para o HIV acerca do impedimento do processo de amamentação. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada no Serviço de Atendimento Especializado no município de Campina Grande-PB, durante o mês de julho de 2014, com a participação de seis mulheres que vivenciaram a impossibilidade de amamentar. A partir da Análise de Conteúdo, construiu-se uma categoria ampla denominada “Sentimentos de mães soropositivas sobre a impossibilidade de amamentar”, a qual abrangeu nove subcategorias, relacionadas a emoções positivas e negativas que esta experiência possibilitou as mesmas. É imperioso destacar que a mulheres que vivenciaram o reverso da amamentação apresentaram sentimentos de negação, tristeza, raiva, vergonha, frustração, inveja e culpa, buscando a resiliência como método de enfrentamento para tais dificuldades. Nesse sentido, vale ressaltar que o acompanhamento desta mãe pela equipe de saúde se faz necessário, uma vez que a mesma pode apresentar desvios de comportamento para com o filho.

Palavras-chave: Emoções; Mulheres; Sorodiagnóstico da AIDS; Transmissão Vertical de Doenças Infecciosas; Aleitamento Materno.

ABSTRACT

Virgolino, F.S.S. **The womb and the forbidden food:** Feelings of seropositive women given the inability to breastfeed. Cuité, 2014 72 leaves. Completion of course work (Undergraduate Nursing) - Academic Unit of Nursing, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, Cuité - PB, 2014.

The daily life of the mother experiencing HIV / AIDS is dominated by questions, doubts and uncertainties, as worries about disclosure, lives with the expectation as to the future of the child, if the child is HIV positive or not, if it survives the enough to care for the child or if this will be under the care of the family and can also suffer various situations permeated by prejudice and stigma. Given this backdrop, the objective of this research was to investigate the feelings that plague the context of women with positive serology for HIV about the breastfeeding process impediment. This is a qualitative research, conducted at the Specialized Service in Campina Grande-PB, during the month of July 2014, with the participation of six women who experienced the inability to breastfeed. From the content analysis, we constructed a broad category called "Feelings about the impossibility of HIV-positive mothers to breastfeed", which covered nine subcategories related to positive and negative emotions that this experience allowed the same. It is imperative to highlight that women who experienced the reverse of breastfeeding showed feelings of denial, sadness, anger, shame, frustration, envy and guilt, seeking resilience as a coping method for such difficulties. In this sense, it is worth mentioning that the mother of this monitoring by the healthcare team is necessary, since it can deviate behavior toward the child.

Keywords: Emotions; Women's; Serodiagnosis of AIDS; Vertical Transmission of Infectious Diseases; Breastfeeding.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográficas de puérperas e mães soroconvergentes para o HIV/AIDS em um serviço municipal de saúde.....	37
Tabela 2 – Caracterização clínicas de puérperas e mães soroconvergentes para o HIV/AIDS em um serviço municipal de saúde.....	40
Tabela 3 – Caracterização obstétricas de puérperas e mães soroconvergentes para o HIV/AIDS em um serviço municipal de saúde.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HIV: Virus da Imunodeficiência Humana

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TV: Transmissão Vertical

PROBEX: Programa de Bolsa de Extensão

UFCG: Universidade Federal de Campina Grande

AZT: Zidovudina

OMS: Organização Mundial de Saúde

SRA: Síndrome Retroviral Aguda

SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade

SISCEL: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SICLOM: Sistema de Controle Logístico ou Medicamentos

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

MS: Ministério da Saúde

SAE: Serviço de Assistência Especializada

SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	Contextualização Histórica da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e sua Transgressão pelo Vírus da Imunodeficiência Humana.....	19
2.2	Aspectos Epidemiológicos da AIDS no Brasil, Nordeste e na Paraíba.....	22
2.3	Feminilização da AIDS no Brasil.....	23
2.4	Gestantes/Puérperas vivendo com HIV/AIDS – Transmissão Vertical.....	24
2.5	Gestantes soropositivas para o HIV e os sentimentos apresentados pelo reverso da amamentação.....	25
2.6	A atuação do Enfermeiro frente ao reverso da amamentação no cotidiano de mães soropositas para o HIV.....	27
3	METODOLOGIA	30
3.1	Tipo de Pesquisa.....	31
3.2	Local da Pesquisa.....	31
3.3	População e Amostra.....	32
3.4	Instrumento para coleta de dados.....	32
3.5	Coleta de dados.....	33
3.6	Análise dos dados.....	34
3.7	Considerações Éticas.....	35
4	RESULTADO E DISCUSSÃO	36
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	54
	ANEXOS	62
	Anexo I - Termo de Autorização da Unidade Acadêmica de Saúde.....	63
	Anexo II - Certidão de Aprovação.....	64
	Anexo III – Termo de Autorização Institucional.....	65
	Anexo IV – Termo de Anuência Institucional.....	66
	Anexo V – Parecer Consubstanciado do CEP.....	67
	APÊNDICES	69
	Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	70
	Apêndice B: Instrumento para coleta de dados.....	72



Fonte: Google imagens 2014

1- INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é caracterizada como o estágio mais avançada da infecção desencadeada pelo processo de supressão do sistema imunológico ocasionado pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Considerada um dos maiores problemas de saúde pública, é uma doença emergente, transmissível e de comportamento pandêmico (BRASIL, 2013).

No Brasil, essa epidemia teve início na década de 1980 e sua propagação revela uma epidemia de múltiplas facetas com reflexos temporais que vem sofrendo extensas transformações na sua evolução e distribuição social. Inicialmente, era considerada uma epidemia restrita a alguns círculos cosmopolitas, predominantemente representados pelo sexo masculino, que atingia prioritariamente homens com prática sexual homossexual e pessoas hemofílicas (BRITO, 2006).

No entanto, essa visão tornou-se ultrapassada, pois atualmente se considera comportamento de risco, pois o vírus se espalhou na população de um modo geral, não estando mais restrito a grupos específicos. Tanto que o número de heterossexuais infectados pelo HIV tem aumentado proporcionalmente com a epidemia nos últimos anos, atingindo principalmente as mulheres, desta forma originou-se o termo “feminização da epidemia” devido à vulnerabilidade do sexo feminino em relação à exposição do vírus (BRASIL, 2010).

Os dados do Boletim Epidemiológico AIDS/DST mostram que, de 1980 a 2012, foram registrados 656.701 casos de AIDS no Brasil. A partir dos dados estatísticos a região que tem maior prevalência de casos de AIDS é a Sudeste com 56% (367.752) dos casos notificados seguido pelas regiões Sul 19,9% (130.683), Nordeste 13,5% (88.654), Centro-Oeste 5,7% (37.431) e Norte com 4,9% (32.178). Do total de 656.701 casos de AIDS identificados no Brasil desde 1980 até junho de 2012, 61.400 (9,3%) foram notificados segundo a definição de caso pelo critério óbito, sendo 41.459 (67,5%) no sexo masculino e 19.933 (32,5%) no sexo feminino (BRASIL, 2012 a).

No ano de 2000 a junho de 2012 foi notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 69.500 casos de infecção pelo HIV em gestantes, permanecendo a Região Sudeste com maior percentual (42,4%), seguida pelas regiões Sul (31,4%), Nordeste (14,6%), Norte (5,9%) e Centro-Oeste (5,7%). Em 2011, o

número de casos no Brasil foi de 6.540, dos quais 2.355 (36,0%) na Região Sudeste, 1.994 (30,9%) na Região Sul, 1.235 (18,9%) na Região Nordeste, 550 (8,4%) na Região Norte e 406 (6,2%) na Região Centro-Oeste. Nessa crescente estatística, o estado da Paraíba, no ano de 2012, verificou a partir de um coeficiente de detecção de gestantes infectadas pelo HIV por 1000 nascidos vivos, que 20 gestantes estavam inseridas nessa estimativa (BRASIL, 2012a).

Esse crescimento no número de mulheres soropositivas em idade reprodutiva traz como consequência o aumento nas taxas de transmissão do HIV, significando a possibilidade real de contaminação da criança, fenômeno este chamado de transmissão vertical (TV), também conhecida como transmissão materno-infantil (LEAL; ROESE; SOUZA, 2012).

Vislumbrando esses momentos de acometimento infeccioso de mãe para filho, a maior parte dos casos de TV do HIV, ocorre em 65% durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e os 35% restantes ocorrem intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação, havendo ainda o risco adicional de transmissão pós-parto por meio do aleitamento materno. Ressalta-se que o aleitamento materno apresenta riscos adicionais de transmissão, que se renovam a cada exposição da criança ao peito, e situa-se entre 7% e 22% (BRASIL, 2012b).

Objetivando reduzir as taxas de transmissão materno-infantil, o Brasil adotou como política pública o oferecimento do teste anti-HIV a todas as gestantes durante o acompanhamento pré-natal na atenção básica. Além de proporcionar o tratamento com a quimioprofilaxia, caso seja constatada sua soropositividade, a testagem como método preventivo para evitar o desencadeamento da transmissão vertical acaba por reduzir o risco de infecção para a criança (BERNARDES; SOUZA; AZEVEDO, 2012).

A adoção das ações preventivas à TV, embora muito eficaz, passou a alterar de muitas formas a experiência da gestação e da maternidade, pois a não recomendação do aleitamento materno, leva as puérperas a enfrentarem um grande conflito gerando sentimentos de medo, tristeza, dor, angústia e culpa, pois além de serem portadoras e transmissoras do vírus, ainda se deparam com a impossibilidade de amamentar os filhos (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/ AIDS, 2009).

O cotidiano da gestante vivenciando HIV/AIDS é dominado por interrogações, dúvidas e incertezas. Ela preocupa-se com a revelação do diagnóstico, convive com a expectativa quanto ao futuro da criança, se o filho será ou não portador do HIV, se ela sobreviverá o suficiente para cuidar do filho ou se este ficará sob os cuidados da família e, ainda, pode sofrer diversas situações permeadas por preconceito e estigma (GALVÃO et al., 2010; PADOIN; TERRA; SOUZA, 2011).

Um estudo realizado por Bellini (2008) verificou que puérperas que não podem amamentar exprimem diversas faces de uma realidade que gera tristeza em uma parcela de mulheres infectadas, pois o fato de não poder oferecer o alimento ao filho quando o mesmo chora de fome, pode trazer à mulher sensações e sentimentos que são desagradáveis, como por exemplo, fracasso como figura de mãe, punição pela soropositividade para o vírus HIV, tristeza, angústia, negação da condição de não amamentar, não aceitação do diagnóstico positivo, e constrangimento perante a família, vizinhos e amigos, pois a puérpera, muitas vezes, esconde a medicação dada ao filho, bem como omite e/ou mente às pessoas sobre a impossibilidade de amamentar, o que dificulta o tratamento.

Levando em consideração esse turbilhão de sentimentos por estas vivenciadas e a expectativa idealizada em amamentar por acharem que este gesto simboliza uma das principais formas de construção do vínculo entre o binômio mãe-filho, esse sentimentalismo acaba tornando-se mais presente na vida dessas mães.

A motivação em abordar essa temática surgiu quando observando empiricamente a realidade das dificuldades enfrentadas por primíparas e multíparas com relação aos mitos e crenças que norteiam o processo de não-amamentação dessas mães, por meio da participação como colaborador no projeto de extensão intitulado: “Promoção de aleitamento materno: intervenções educativas no município de Cuité-PB” vinculado ao Programa de Bolsa de Extensão – PROBEX/UFCG. Nessa contextualização de dificuldades e sentimentos acerca da prática do aleitamento materno, surgiu a indagação sobre como seria a vivência e o impacto provocado em puérperas com sorologia positiva para o HIV diante da impossibilidade de amamentar.

Nesta perspectiva, emergiram algumas inquietações acerca da temática, refletindo com isso no norteamento desta investigação através do seguinte questionamento: Quais os sentimentos vivenciados por puérperas e mulheres com sorologia para o HIV diante do reverso da amamentação?

Dada a importância dessa temática e os riscos da TV através do aleitamento materno ao lactente e as mudanças acarretadas no contexto da maternidade da mulher acometida pelo HIV, este estudo tem como objetivo geral: Compreender as experiências sentimentais da impossibilidade de amamentar impostas pela condição sorológica acometida pela mesma.



Fonte: Google imagens 2014

2- REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Contextualização Histórica da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e sua Transgressão pelo Vírus da Imunodeficiência Humana

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e o seu causador o vírus da imunodeficiência humana (HIV), emergiram-se na década de 80 nos Estados Unidos e em meados do ano de 1982 teve sua primeira notificação no Brasil. Por ser uma doença ainda desconhecida aterrorizou a população de forma geral, uma vez que enalteciam a rápida letalidade e as mudanças corporais que a mesma causava (OLIVEIRA,2013).

Para Pereira et al. (2011), a contextualização temporal da epidemia da AIDS, no Brasil, é subdividida em três fases: a primeira começa em meados dos anos 80 com a descoberta de infecções pelo HIV nos grandes centros urbanos da região sul e sudeste, principalmente no que tange ao eixo Rio de Janeiro e São Paulo, inicialmente, limitada a grupos de homossexuais e bissexuais. Já na segunda fase, por volta dos anos 90, foi caracterizada pelo aumento dos casos de transmissão heterossexual e em usuários de drogas injetáveis, cuja utilização do termo “comportamento de risco” se tornava mais frequente. Por conseguinte, a terceira e última fase traz reflexos da feminização da AIDS, uma vez que aumentou o número de casos em heterossexuais, caracterizando o quadro atual dessa realidade no Brasil.

Nesse contexto de descobertas, Brasil (2013a), traz históricos relacionados aos estudos do vírus do HIV mencionando que no ano de 1984, no Instituto Pasteur, a equipe de Luc Montagner isolou o retrovírus causador da doença, denominado de Vírus da Imunodeficiência Humana, e com isso, surgiram os primeiros testes sorológicos que seriam utilizados para a sua detecção. Posteriormente ao isolamento do vírus, no ano de 1987, introduziram a Zidovudina – AZT como o primeiro medicamento para reduzir a multiplicação do vírus. Decorrido dez anos da descoberta da partícula viral, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anuncia que 10 milhões de pessoas no mundo estavam infectadas pelo HIV, e como reflexo dessa evolução no número de casos, surgem os primeiros estudos sobre terapia combinada.

Em 1995, surgem os inibidores da transcriptase reversa, nucleosídeos Estavudina (d4T) e Lamivudina (3TC) para associação de outros fármacos, entre eles ao AZT, Didanosina (ddI) e Zalcitabina (ddC), registrando redução do número de mortalidade por

AIDS um ano após o uso de terapia combinada. Desta forma, visto os benefícios que a terapia trazia para a época, surge o primeiro consenso para terapia antirretroviral e o AZT passa a ser disponibilizado gratuitamente pela rede pública (BRASIL, 2013a).

O HIV caracteriza-se por ser um retrovírus da subfamília dos *Lentiviridae*, cuja característica é a destruição progressiva do sistema imunológico do ser humano, uma vez que anula os efeitos dos linfócitos T4 (CD4+), refletindo com isso na vulnerabilidade do organismo às doenças oportunistas que podem levá-lo a óbito (BAZANI; SILVA; RISSI, 2011).

Prado (2008) denota que os vírus se multiplicam nos linfócitos T-CD4, os quais são destruídos pelos linfócitos T-citotóxicos ou “*killer cells*” progressivamente, havendo diminuição intensa de células T-CD4, deixando o indivíduo susceptível a agravantes patológicos. Outra fase que demarca o progresso situacional da pessoa com HIV é quando há o aparecimento de doenças oportunistas e neoplasias, caracterizando essa fase como a SIDA.

As melhores descrições acerca das formas de transmissão são elencadas pelo Ministério da Saúde, dentre elas, destacam-se: relações sexuais desprotegidas com parceiro soropositivo para o HIV, compartilhamento de seringas ou materiais pérfuro cortantes contaminados pelo vírus, e ainda por transmissão vertical (transmissão que pode ocorrer durante a gestação, parto ou pela amamentação). Vale salientar que existem diferenças entre ser portador do HIV e ser considerado um paciente com AIDS: o primeiro caso reflete a pessoa que tem o vírus em sua corrente sanguínea mas não apresenta a sintomatologia clínica e o segundo caso caracteriza o paciente com AIDS com sintomatologias específicas relacionadas à imunossupressão do organismo (BRASIL, 2013b).

A infecção pelo HIV desencadeia um processo viral ativo que cursa com amplo espectro de apresentações clínicas que vai desde a fase aguda e assintomática da doença até a fase avançada da mesma que se caracteriza pela supressão da imunidade, deixando o portador susceptível a desenvolver diversos estados patológicos, podendo evoluir para óbito (BRASIL, 2013b).

A infecção aguda é caracterizada por um período de duas a três semanas após a infecção pelo HIV e vai até a soroconversão, caracterizada pelo aparecimento de anticorpos

anti-HIV que costuma ocorrer em torno da quarta semana após a infecção, onde o indivíduo infectado pode permanecer assintomaticamente por 8 a 10 anos. Durante as primeiras semanas pós-exposição ao vírus, a infecção cursa com manifestações clínicas específicas, caracterizando a Síndrome Retroviral Aguda (SRA), dentre elas, podemos citar febre, adenopatia, faringite, exantema, mialgia e cefaleia, que, em sua grande maioria, podem desaparecer em três a quatro semanas (BRASIL, 2013b).

Após o indivíduo passar pela fase aguda da infecção, evolui para a fase de latência clínica e fase sintomática, onde o exame físico à pessoa com AIDS costuma ser normal na fase de latência clínica, exceto pela linfadenopatia que pode persistir após a infecção aguda. Já nos achados laboratoriais, podem ser evidenciados a plaquetopenia, anemia (normocrômica e normocítica) e leucopenia leve podem estar presentes. No que tange a contagem de linfócitos T-CD4+, o mesmo permanece acima de 350 células/mm³ e os episódios infecciosos mais frequentes apresentados nesse momento são de origem bacteriana. À medida que a infecção progride, a sintomatologia começa a se tornar mais evidente por meio dos sintomas constitucionais (febre baixa, perda ponderal, sudorese noturna, fadiga), diarreia crônica, alterações neurológicas, cefaleia, infecções bacterianas (pneumonia, sinusite, bronquite) e as lesões orais tornam-se mais frequentes, e é nesse período, que há diminuição da contagem de LT-CD4+, situada entre 200 e 300 células/mm³ (BRASIL, 2013b).

Com a evolução da sintomatologia, a pessoa evolui para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida onde o aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias definem esse período. Dentre as infecções oportunistas destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. Já dentre as neoplasias mais comuns estão: O sarcoma de Kaposi, OS linfomas não Hodgkin de LT-CD4+. Além das infecções e das manifestações não infecciosas, o HIV pode causar outras doenças como: miocardiopatia, nefropatia e neuropatias, que podem estar presentes durante toda a evolução infecciosa do HIV (BRASIL, 2013b).

Embora a ciência traga avanços no que tange a prevenção do HIV e a redução nos dados epidemiológicos de óbitos ocasionados pela patologia, as contaminações não cessam

e desde a sua descoberta, há um aumento do número de pessoas vivendo essa realidade (LEAL; ROESE; SOUZA, 2012).

2.2 Aspectos Epidemiológicos da AIDS no Brasil, Nordeste e na Paraíba

A AIDS configura-se como um grave problema de saúde pública circunscrito na esfera mundial, com trinta milhões de pessoas convivendo com essa infecção que traz consigo elevadas taxas de morbi-mortalidade (PINHO; PEREIRA, 2012). Apresenta-se como uma discussão contemporânea na área de ciências sociais e saúde, em detrimento de suas questões de cunho social, político e econômico, bem como pelo fator clínico e epidemiológico (RIBEIRO et al., 2010).

Estimam-se que aproximadamente 718.000 pessoas vivem com HIV/AIDS no Brasil, atualmente. Em contrapartida, levando em consideração os dados acumulados de 1980 a junho de 2013, no Brasil foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) um total de 686.478 casos de AIDS, dos quais 445.197 (64,9%) são do sexo masculino e 241.223 (35,1%) do sexo feminino. Desse total de casos registrados entre 1980 e junho de 2013, a Região nordeste possui o equivalente a 5,8 % deste total (39.691) (BRASIL, 2013c).

No Brasil, em 2012, foram notificados 39.185 novos casos de AIDS no Brasil, com representividade de 20,2 na taxa de detecção nacional para cada 100.000 habitantes. Destes números a região Nordeste é a que possui menor taxa de detecção (14,8) quando comparada as demais. Nesse mesmo ano, foram declarados 11.896 óbitos por AIDS no Brasil, que corresponde a um coeficiente de mortalidade de 5,5 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2013c).

Com relação à infecção pelo HIV em gestantes, no ano de 2012, foram notificados 7.097 casos dos quais 750 estavam inseridos na Região Nordeste, representando 10,6% dos casos. No período de 2000 a junho de 2013, foram notificados no SINAN um total de 77.066 casos de soropositividade em gestantes no Brasil, dos dados apresentados a Região Nordeste representava o terceiro lugar em casos notificados com 11.482 (14,9%). Nessa

perspectiva, no ano de 2012, no Brasil, a taxa de detecção de casos de gestante com HIV correspondia a 2,4 casos por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2013c).

No ano de 2013, na Paraíba, foram notificados 40 casos de mulheres gestantes com HIV inseridos ao coeficiente de detecção por 1.000 nascidos vivos. Levando em consideração essa estatística, ao analisar o quantitativo de casos notificados por 1.000 nascidos vivos entre os anos de 2000 e 2013, foram notificados, na Paraíba, um total de 568 gestantes acometidas pelo vírus do HIV. (BRASIL, 2013c).

Segundo dados colhidos no DATASUS, no município de Campina Grande na Paraíba, os casos de AIDS identificados no de 2013 foram de oito pessoas, sendo cinco referentes ao sexo masculino e três ao feminino. Quando equiparado aos anos de 1990 a 2013, foram notificados um total de 386 pessoas acometidas pelo vírus do HIV, onde 271 pertenciam ao sexo masculino e 115 ao sexo feminino. Levando os dados ao contexto da transmissão vertical de 2000 a 2013 foram notificados dez casos de transmissão vertical.

2.3 Feminilização da AIDS no Brasil

Desde meados dos anos 90, observa-se através dos dados epidemiológicos um aumento significativo da infecção do HIV em mulheres, sendo a questão de gênero cada vez mais abordada no meio científico, a forma de divulgação da epidemia. A feminização da AIDS constitui uma grande ameaça à saúde da mulher e seus efeitos reflexos são as possibilidades de transmissão do vírus do HIV, uma vez que essa crescente epidemia ocorre especialmente em mulheres com idade reprodutiva, trazendo à tona a possibilidade real de uma transmissão vertical e a disseminação da epidemia (PEREIRA et al., 2011).

Por volta de 2007, o Ministério da Saúde (MS) por meio de políticas públicas cria o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da AIDS e outras DST's, com público alvo para gestantes, mulheres com HIV e AIDS, adolescentes e jovens, lésbicas, bissexuais, profissionais do sexo, ou seja, segmentos sociais considerados fatores de risco para transmissibilidade. O motivo em realizar esse plano de enfrentamento, decorre da alta incidência, principalmente em mulheres em idade reprodutiva, tornando a AIDS um problema de saúde pública. (PEREIRA et al., 2011).

A mulher, no seu decorrer histórico frente às lutas sociais, galgou grande vitórias, tais como: assistência à saúde materno-infantil, direitos constitucionais, espaço no mercado de trabalho entre outros. Contudo, a mulher ainda vivencia à submissão ao sexo masculino, principalmente na prática sexual, pois muitas deixam de fazer o uso de mecanismos preventivos por causa da imposição masculina, sendo este apenas um dos diversos fatores que podem acarretar a feminização da AIDS, ainda podemos citar outros: a falta de apoio social e familiar, mulheres em união estável, condições socioeconômicas, comportamento sexual, prostituição, situação de violência o uso de drogas lícitas e ilícitas, moradoras de rua e quilombolas (COSTA et al., 2012).

As mulheres que vivem uma péssima condição socioeconômica estão mais propícias a adquirir o vírus do HIV e desenvolver a AIDS, pois segundo Costa et al. (2012), as péssimas condições financeiras levam à mulher à prática da prostituição, estando mais susceptível a sofrer violência sexual e doméstica, visto que os violentadores estão inseridos na categoria de baixo nível socioeconômico.

2.4 Gestantes/Puérperas vivendo com HIV/AIDS – Transmissão Vertical

Com a feminização da AIDS, os casos de transmissão vertical de mãe para filho têm aumentado, levando aos órgãos de saúde a busca pela prevenção dessa co-infecção no período gestacional e puerperal, pois o HIV pode ser transmitido ao filho durante a gestação, parto e amamentação (GARBIN et al., 2012).

Gestantes e puérperas diagnosticadas positivamente para o HIV buscam solucionar seus sinais e sintomas através de terapêuticas que amenizem sua sintomatologia, como também buscam profissionais que atendam a sua demanda assistencial livre de preconceitos (ROSA; CEOLIN; ARGENTA, 2011).

Partindo desses preceitos e dada à preocupação com gestantes soropositivas e recém-nascidos, foram implementadas escalas intervencionistas visando reduzir a transmissão vertical do HIV. Sendo assim, essas mulheres foram instruídas quanto ao uso de antiretrovirais, cesariana eletiva e substituição do leite materno por artificial, trazendo a redução da incidência de casos de AIDS em crianças. (ROSA; CEOLIN; ARGENTA, 2011).

Portanto, toda mãe com soropositividade para o HIV deve ser orientada quanto a não amamentação pelo risco iminente de transmissão do vírus pelo leite materno. Contudo, a mesma deverá estar ciente de que terá direito a receber a fórmula láctea infantil disponibilizada pelo MS até o seu filho completar seis meses de idade, recebendo também orientações quanto ao preparo da fórmula infantil e as informações nutricionais à nutriz (BRASIL, 2010).

Gonçalves e Piccinini (2008), afirmam que a prevenção da transmissão vertical pode acontecer através de um acompanhamento pré-natal regular, onde seja indicado a realização de exames de contagem de linfócitos T-CD4, carga viral, administração de antiretrovirais (ARVs) e cuidados relativos ao desfecho final da gestação. Em detrimento da soropositividade da mãe, também é indicado que a mesma não pratique a amamentação e para isso, a gestante passa a tomar medicações para inibir a produção de leite. Seguindo esses preceitos, o Ministério da Saúde (2013b) ressalta que as chances de transmissão são de 0 a 2%, enquanto que na ausência dessas medidas preventivas esse percentual eleva-se para 25%.

Os recém-nascidos de mulheres infectadas pelo HIV devem receber a solução oral de zidovudina (AZT) preferencialmente ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos ou nas primeiras duas horas de vida, mesmo que suas mães tenham recebido medicamentos antiretrovirais durante a gravidez e/ou parto. Em virtude da prevenção da transmissão vertical, é reforçada a adesão do recém-nascido ao tratamento com zidovudina (AZT) xarope nas seis primeiras semanas de vida (BRASIL, 2010).

Apesar das medidas profiláticas, no ano de 2012, foram notificados no SINAN na categoria de exposição nos casos de AIDS em menores de 13 anos de idade, um total de 277 casos, onde 99,6% desse total ocorreram por transmissão vertical e menos de 1% por transmissão sexual. Nessa mesma tangente, verificou-se que do ano de 1980 à 2013 foram notificados 13.758 casos de AIDS notificados no SINAN na categoria de exposição transmissão vertical (BRASIL, 2013c).

2.5 Gestantes soropositivas para o HIV e os sentimentos apresentados pelo reverso da amamentação

A descoberta da soropositividade pela mulher, em geral, ocorre quando descobrem que seu filho está infectado, ao realizar a consulta do pré-natal, no momento do parto ou então no pós parto. Nesse período de descobertas, a mulher experimenta uma situação de grande dor, pois além de vivenciar o próprio diagnóstico, ainda cogita a possibilidade de transmissão do vírus do HIV para seu filho (GARBIN et al., 2012).

A maternidade para uma mulher com HIV exige uma sobreposição de atitudes que permeiam seu estado psicológico e o âmbito familiar, trazendo com essas reflexões a possibilidade de assimilar e lidar com o quadro patológico resultando em uma identidade positiva, garantindo com isso um vínculo saudável entre o binômio mãe-filho. (CARVALHO; PICCININI, 2008).

Nesse contexto, a gestante que vive com HIV/AIDS vivencia um período de transição marcado por mudanças no contexto psicosocial, e estas podem tornar a gestação muito complexa, em decorrência das dificuldades vivenciadas nesse momento. É nessa conjuntura que emergem inúmeros sentimentos relacionados ao medo e a culpa diante da possível infecção do filho, ao medo de que este viesse a falecer, ou de que a gestante viesse a morrer ou adoecer, não podendo acompanhar o crescimento de seus filhos (FARIA et al., 2013).

A mulher acometida pelo vírus do HIV vivencia um grande problema de ordem social e familiar, uma vez que sempre foi educada para amamentar entendendo esta ação como essencial e prioritária. No entanto, quando apresenta a doença, a mulher passa a substituir a amamentação por fórmulas artificiais no intuito de prevenir contra a infecção vertical causando muito sofrimento para essa mãe, pois a representação do ato de amamentar é idealizado como símbolo de maternidade (ROSA; CEOLIN; ARGENTA, 2011).

O processo decisório das mulheres acometidas pelo HIV de amamentar ou não sofre influências socioculturais, pois vivenciam experiências sentimentais de estranheza, dificuldade, dor, e tristeza e escondem seu diagnóstico por receio do estigma social (PADOIN; TERRA; SOUZA, 2011).

A não amamentação traz consigo técnicas para inibição da lactação, e dentre elas está o enfaixamento mamário, um procedimento adotado como rotina nos serviços de saúde

e preconizado pelo MS. Relatos de mães destacam que esse método é muito doloroso, ocasionando febre, dores, ingurgitamento mamário e angústias devido a todos esses fatores biológicos e também aos emocionais de não estar amamentando, caracterizando este acontecimento como punitivo ao que está sendo vivenciado (ROSA; CEOLIN; ARGENTA, 2011).

Segundo Silva et al. (2008), mães soropositivas tendem a adotar estratégias inadequadas de enfrentamento e convivência com a patologia, dentre elas estão: atitudes de superproteção e medo em relação à criança, negação da portabilidade do HIV, ocultação da doença, comparação do filho com outras crianças acometidas pelo HIV, dentre outras. Por outro lado, quando enfrenta de forma saudável a situação a qual está inserida, esta mulher pode apresentar sentimentos de esperança, comportamentos afetivos e uso da espiritualidade como forma de resiliência.

Para Paiva et al. (2010), quando leva-se em consideração o binômio mãe-filho a mulher com HIV/AIDS ao desempenhar seus atributos de maternidade mostra-se insegura, refletindo com isso em um déficit na interação e comunicação com o filho, por medo de transmitir a doença.

2.6 A atuação do Enfermeiro frente ao reverso da amamentação no cotidiano de mães soropositivas para o HIV

O MS por meio de políticas públicas cria em 1994 o Serviço de Assistência Especializada (SAE) às pessoas com HIV/AIDS e outras DST's no âmbito ambulatorial. Este serviço é norteado pelos princípios de integralidade, hierarquização, universalização, descentralização e participação popular inseridos ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, o serviço visa propiciar um vínculo entre paciente e equipe multiprofissional composta por: médico (infecologista ou clínico treinado), enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social e farmacêutico, assegurando a assistência durante o período de melhora clínica dos pacientes (BARROS et al., 2012).

No que tange à esfera assistencialista, a qualidade no atendimento prestado por profissionais da área de saúde às mulheres acometidas pelo HIV merece atenção, pois deve

ser realizada uma abordagem inicial por um profissional que seja capacitado a atender integralmente essa paciente, com base em conhecimentos científicos acerca do quadro patológico ao qual se encontra, de forma a estabelecer vínculos entre a paciente e a equipe (MIGUINI; CAMPOS, 2010).

Os profissionais que mantêm esse contato assistencial com essas pacientes e sua família precisam estar preparados para prestar uma assistência de qualidade livre de pré conceitos e julgamentos, através de uma comunicação que facilite a compreensão dos envolvidos nesse processo, para que desta forma, sejam absorvidas todas as informações que favoreçam a adesão dos procedimentos e tratamentos propostos (MIGUINI; CAMPOS, 2010).

No locus da esfera assistencialista à mulher que tem HIV/AIDS, os profissionais de saúde devem estar preparados para atender essa paciente nas dimensões biológica, psicológica e social. Além de promover a escuta à paciente em relação aos seus medos e anseios na busca por particularidades vivenciadas por cada uma delas, procura-se compreender a sua dimensão existencial (PADOIN; SOUZA, 2008).

Em sua atividade laboral, o profissional também deverá proporcionar um espaço de escuta e orientações às mães que não poderão amamentar, no intuito de esclarecer sobre os cuidados relacionados ao enfaixamento mamário e a prevenção dos agravos relativos a mama dessa mãe, haja vista que o processo lactivo resultante do período puerperal poderá desencadear alguns processos patológicos decorrentes ao não esvaziamento da mama, sendo indicado também inibidores de lactação (MACHADO; BRAGA; GALVÃO, 2010).

Considerando a importância do aleitamento materno na formação do vínculo entre mãe e filho desde os primeiros dias de vida, o profissional que acompanha esse período puerperal deverá estar atento à interação com o filho recém-nascido, uma vez que essa desvinculação maternal poderá desencadear alterações na dinâmica comunicacional e relacional do binômio mãe-filho (PAIVA et al., 2010).

Nesta perspectiva, compete ao enfermeiro durante o acompanhamento da mãe com HIV e seu filho, identificar as dificuldades apresentadas por essa mãe frente ao seu filho, elencando a importância das medidas de prevenção para diminuição do risco de TV,

tomando cuidado para não contribuir para o déficit do cuidado dessa mãe com relação ao seu filho (VASCONCELOS et al., 2010).

Outra atribuição que fundamenta não só a prática do enfermeiro, mas de toda a equipe multiprofissional é a ética. Os processos éticos devem nortear a assistência à mulher com HIV/AIDS no tocante ao reverso da amamentação, no que se refere ao sigilo, privacidade e confidencialidade da assistência (BARROS et al., 2012).



Fonte: Google imagens 2014

3- METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa de tipologia exploratória. Nesta perspectiva, a referida abordagem para Minayo, Deslandes e Gomes (2010) é um método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, como expressam seus sentimentos, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos.

Denota ainda a autora supracitada, que as abordagens qualitativas se conformam melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. Esse tipo de método, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo

Já, para Minayo, Deslandes e Gomes (2010) a pesquisa de natureza qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças e das atitudes que fazem parte da realidade social vivenciada pelos seres humanos, fenômeno este que não se distingue só pela forma de agir, mas pelo pensar sobre suas atitudes, interpretando-as de acordo com o que foi vivenciado, refletindo com isso na partilha com seus semelhantes.

Nesse contexto, Gil (2008) aponta dentre as pesquisas exploratórias, aquelas cujo objetivo é desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. São desenvolvidas com a finalidade de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS, situado no município de Campina Grande – PB, no nordeste do Brasil. Os

Serviços de Assistência Especializada (SAE) surgiram como prática assistencial no ano de 1994, por meio do Ministério da Saúde (MS). O objetivo do serviço é: oferecer um atendimento integral e de qualidade às pessoas que vivem com HIV/AIDS através de serviços ambulatoriais ofertados por equipe multiprofissional especializada, por meio de ações assistencialistas, preventivas e terapêuticas. Estes serviços são desenvolvidos em diferentes esferas institucionais, dentre elas estão: ambulatórios gerais ou de especialidades, ambulatórios hospitalares, unidades básicas de saúde, policlínicas e serviços de assistência especializada em DST, HIV/AIDS.

No que se refere à esfera administrativa, o serviço pode estar sob administração do governo federal, estadual, municipal, de universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas ao Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2012).

3.3 População e amostra

Para Gil (2008), a população é um conjunto de elementos que possuem características próprias, ou seja, aqueles que habitam em determinada localidade. Trata-se de um subconjunto, onde é selecionada uma parcela da mesma que servirá de amostra para o estudo em questão, esperando-se que esse fragmento seja a representação do objeto de estudo. Desta maneira, a população definida para o estudo foram mulheres soropositivas acompanhadas pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS que se encontravam em pós-parto e com filhos que dependiam do serviço para aquisição de latas de leite ofertadas pelo governo, desta forma estavam cadastradas 13 mulheres, destas 9 apareciam mensalmente.

A amostra do estudo foi composta por seis (06) mães que faziam o acompanhamento com o serviço supradescrito. Para a composição da mesma, adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: ser puérpera soropositiva ou mulher soropositiva vivenciando o processo da não amamentação pós-parto e que tenham idade igual ou superior que 18 anos. Foram excluídas da pesquisa puérperas e mulheres soropositivas que apresentassem déficit cognitivo ou distúrbios de linguagem/fala.

3.4 Instrumento para coleta de dados

Para Gil (2008), o instrumento da pesquisa é semiestruturado composto por um conjunto de questões no intuito de obter informações do entrevistado acerca de

sentimentos, valores, crenças, expectativas e fatores vivenciados no presente ou passado. Nesta perspectiva, o instrumento utilizado para a coleta de dados da pesquisa foi um roteiro contendo questões objetivas e subjetivas para uma entrevista semiestruturada. Marconi e Lakatos (2010) ressaltam que o presente instrumento proporciona uma conversa efetuada face a face metodicamente, angariando ao entrevistado todas as informações as quais necessita, onde o entrevistador seguirá um roteiro previamente estabelecido no intuito de resgatar informações pertinentes ao tema em questão.

Para Boni e Quaresma (2005), a entrevista semiestruturada é uma técnica utilizada para coletar dados a partir de um conjunto de questões previamente definidas pelo pesquisador, na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sugerido. Este tipo de entrevista produz uma melhor amostra da população, obtém um direcionamento maior referente à temática e permite obter respostas espontâneas determinadas pelos significados pessoais de suas atitudes e comportamentos.

Neste sentido, o instrumento foi composto por duas partes: uma contemplava os dados sociodemográficos (faixa etária, profissão, estado civil, renda familiar, raça, religião e escolaridade), clínicos e obstétricos e a segunda parte, por questões subjetivas relacionados aos objetivos do estudo.

3.5 Coleta de dados

Para Marconi e Lakatos (2010), a coleta de dados é entendida como a fase inicial da pesquisa, que se aplicam os instrumentos elaborados e as técnicas selecionadas, com a finalidade de efetuar a coleta de dados prevista. Nesse contexto, considera-se uma tarefa cansativa, em sua grande maioria requer mais tempo do que se espera, exigindo que o pesquisador tenha paciência, esforço pessoal, perseverança e cuidados ao realizar o registro dos dados. Além disso, outro aspecto de grande relevância é o perfeito entrosamento das tarefas organizacionais e administrativas com as científicas, sendo rigoroso aos prazos estipulados e os orçamentos.

Nesta perspectiva, os dados foram coletados mês de setembro de 2014, logo após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cajazeiras, sob o CAAE nº 31041514.7.0000.5575. Antes de iniciar a coleta dos dados foi realizado um pré-agendamento com os gestores do serviço,

para que assim a coleta não ocasionasse interrupções nas atividades desenvolvidas. Ao identificar as participantes, o pesquisador participante apresentou a pesquisa, sua finalidade e importância e convidou-lhes a participar desta. Foi solicitada a gravação da entrevista, e explicou-se o caráter voluntário, o anonimato da participação e a possibilidade de desvinculação da pesquisa sem danos pessoais. Em seguida, as participantes da pesquisa foram convidadas à leitura do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e logo após, foi solicitada a assinatura deste e assim deu-se início à entrevista.

As entrevistas foram realizadas em uma sala improvisada pelos gestores municipais do serviço e os discursos foram gravados por meio de um aparelho MP3 de marca Sony e a duração das mesmas variou conforme a capacidade das participantes em fornecer as informações desejadas. Para garantir o sigilo das mães que participaram da pesquisa, as falas das mesmas foram identificadas nos resultados e discussão através de pseudônimos criados a partir de leitura de passagens bíblicas que contextualizavam a história de mães em diferentes contextos, desta forma as participantes da pesquisa foram intituladas de: Eva, Joquebede, Ana, Maria, Rispa, Sara.

3.6 Análise dos dados

Gil (2008) menciona que o processo de análise de dados envolve diversos procedimentos: codificação das respostas, tabulação dos dados e cálculos estatísticos, logo em seguida ou concomitantemente com a análise pode ocorrer também a interpretação dos dados, fundamentada em estabelecer a ligação entre os resultados obtidos com outros já conhecidos.

Nesta perspectiva, Minayo, Deslandes e Gomes (2010) salientam que a análise de dados de pesquisas com abordagem qualitativa visa identificar as concepções, crenças, valores, motivações e atitudes dos participantes. Com isso, no presente estudo foi utilizado o método de análise de conteúdo, sendo considerado um dos melhores mecanismos apropriados para as investigações na área da saúde.

Com isso, este estudo caracterizou os aspectos sociodemográficos, clínicos e obstétricos das participantes da pesquisa, que foram organizados em tabelas utilizando o Programa *Microsoft Excel* 2008. Os dados qualitativos foram analisados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (2004) que se configura em três etapas: pré-análise (Organização do

material e sistematização das idéias); descrição analítica (Categorização dos dados em unidades de registros) e interpretação referencial (Tratamento dos dados e interpretações).

1) A pré-análise inclui a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa e a elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Nessa fase, determina-se a Unidade de Registro (palavra-chave ou frase), a Unidade de Contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise;

2) A exploração do material consiste essencialmente na transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase faz-se o recorte do texto em unidades de registro tal como foi estabelecido na pré-análise; depois, escolhem-se as regras de contagem e, posteriormente, realizam-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas que comandarão a especificação dos temas;

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação são os resultados brutos submetidos a operações estatísticas e a partir daí realizam-se inferências e interpretações de acordo com o quadro teórico do estudo.

3.7 Considerações Éticas

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda as diretrizes e normas regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), e na Resolução COFEN nº 311/2007 (COFEN, 2007), que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. A coleta de dados do estudo teve início após sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa designado via Plataforma Brasil.



Fonte: Google imagens 2014

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desse estudo seis mães soroconvergentes para o vírus do HIV, cadastradas no Serviço de Assistência Especializada do município de Campina Grande – PB. Tendo como faixa etária entre 15 a 45 anos, onde obteve-se um quantitativo de duas mães nas faixas etárias de 15 a 25 anos (33%), 26 a 35 anos (33%) e 36 a 45(33%); estado civil, união estável (50%), solteira e casada (16,6%); o nível de escolaridade, era não alfabetizada e ensino médio incompleto (33,3%), ensino fundamental e médio completo (16,6%); renda de um (01) salário mínimo; raça, negra(50%), caucasiana (33,3%), parda (16,6%); profissão, dor lar e secretária domestica (33,3%), desempregada e agricultora (16,6%); religião, católica (66,6%), evangélica e agnóstica (16,6%), demonstrado na Tabela- 1, a seguir:

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de puérperas e mães soroconvergentes para o HIV/AIDS em um serviço municipal de saúde, Paraíba, PB, Brasil, 2014 (n=06).

Variáveis	N	%
1. Idade (anos)		
18 a 28 anos	03	50
29 a 39 anos	03	50
40 a 50 anos	--	--
Acima de 51	--	--
2. Estado Civil		
Solteiro (a)	01	16,6
Casado (a)	01	16,6
União estável	03	50
Divorciada	01	16,6
3. Escolaridade		
Não alfabetizadas	02	33,3
Ensino Fundamental	01	16,6
Ensino Médio Incompleto	02	33,3
Ensino Médio Completo	01	16,6
4. Renda		
< de 1 salário	--	--
1 salário mínimo	06	100
> 2 salários mínimos	--	--

5. Raça		
Caucasiana	02	33,3
Parda	01	16,6
Negra	03	50
6. Profissão		
Desempregada	01	16,6
Agricultora	01	16,6
Do lar	02	33,3
Secretária domestica	02	33,3
7. Religião		
Católicas	04	66,6
Evangélica	01	16,6
Agnóstica	01	16,6

Fonte: Dados da Pesquisa, Paraíba, 2014.

No que diz respeito à faixa etária, percebe-se uma oscilação similar entre a idade das mães, pois ambas apresentam uma incidência relativa no percentil de 50%. O resultado obtido pelo estudo não teve nenhuma similaridade com dados contemplados na literatura, onde no campo da ciência, a maioria pertence à faixa etária entre 15 a 25 anos, ou seja, mães jovens, em idade produtiva, conforme corroboram os dados de Polejack e Seidl (2010).

Quanto à variável de situação conjugal, os achados denotam que a maioria são mães com união estável (50%). Com isso, os dados do estudo de Padoin et al., (2010) se assemelham com os desta pesquisa, pois o mesmo discute que mães HIV(+) tendem a ter uma união estável, principalmente com homens não soroconvergentes.

Diante disto, Almeida et al. (2011), exprimem que apesar dos problemas vividos com a soropositividade ao HIV da sua esposa, muitos casais refazem sua vida afetivo-sexual, quebrando os paradigmas impostos pelo medo e angústia, onde encontram um parceiro para dar sustentabilidade a sua condição de saúde e almejar uma progressão de futuro.

Quanto ao nível de escolaridade das participantes, duas mães não era alfabetizada (33%), uma possuía ensino fundamental incompleto (16,6%), duas tinham o ensino médio incompleto (33%) e uma tinha ensino médio completo (16,6%) ; em relação à profissão, duas exerciam atividades laborais como secretária doméstica (33,3%), duas eram mulheres

que nunca haviam trabalhado (do lar) (33,3%), uma desempregada (16,6%) e a outra agricultora (16,6%). No que se refere à renda mensal, todas as participantes da pesquisa referiram receber um (01) salário mínimo. Neste sentido, o acesso ao mercado de trabalho formal está condicionado à escolarização, sendo este o meio que lhes permite alguma possibilidade de ascensão social e profissional. Por outro lado, as menos instruídas se localizavam no trabalho doméstico e no trabalho autônomo informal, que podem constituir-se em obstáculos para exercer plenamente suas potencialidades e déficit em lidar com os agravos à sua saúde (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010).

Rego e Rego (2010), denotam que o aumento do número de casos nos estratos com menor escolaridade remete a pior cobertura dos sistemas de vigilância e de assistência entre os menos favorecidos economicamente. Neste sentido, este cenário vem sendo diluído paulatinamente, pois ainda apresenta a maior incidência em camadas sociais inferiores, as demais classes sociais estão sendo afetadas com a endemia do HIV/AIDS.

Nessa perspectiva, as mulheres sofrem rotineiramente preconceitos em diversos segmentos sociais, seja no tipo de trabalho que desenvolvem, na maneira como a sociedade interpreta os seus ideais e na falta de oportunidade de crescimento. Estes são aspectos importantes na vulnerabilidade social feminina em função das diversas desigualdades (SOUZA; SOUZA; TOCANTIS, 2009)

Dando segmento aos achados contemplados pela pesquisa; quanto à raça, três mães se consideravam negras (50%), duas caucasianas (33,3%) e uma parda (16,6%), no tocante à religião, o catolicismo (66,6%) foi predominante, as demais religiões uma se declarava evangélica (16,6%) e a outra agnóstica (16,6%). Para Meirelles et al., (2010), o levantamento religioso é de extrema importância, já que a espiritualidade e a religiosidade torna-se um influenciador direto para as pessoas, principalmente as que convivem com enfermidades incuráveis, como o HIV. No quesito raça, os achados de Kourrouski e Lima (2009), são divergentes dos dados dessa pesquisa, pois ainda prevalece a incidência de mães caucasianas em relação à raça negra.

A Tabela 2, logo abaixo, destaca os dados clínicos das participantes da pesquisa, no que concerne ao modo de transmissão e ao tempo de soroconvergência. Os achados demonstram que cinco mulheres (83,3%) se contaminaram através de relação sexual

desprotegida e uma (16,6%) soroconverteu por meio de transmissão vertical. Em se tratando do tempo de soropositividade ou soroconvergência a maior parcela referiu um período de um a cinco anos, como demonstrado logo abaixo:

Tabela 2 – Caracterização clínica de puérperas e mães soroconvergentes para o HIV/AIDS em um serviço municipal de saúde, Paraíba, PB, Brasil, 2014 (n=06).

Variáveis	N	%
1. Modo de Transmissão		
Sexual, sem proteção	05	83,3
Seringas contaminadas	--	--
Vertical	01	16,6
2. Tempo de soroconvergência		
01 a 05 anos	04	66,6
06 a 10 anos	01	16,7
11 a 15 anos	--	--
16 a 20 anos	01	16,7

Fonte: Dados da Pesquisa, Paraíba, 2014.

Os dados contemplados pelo estudo apontam a relação sexual sem preservativo como o maior veículo de contaminação entre as participantes da pesquisa. Esses dados estão de acordo com o perfil epidemiológico da epidemia de AIDS desenvolvido por Hammes e Nummer (2009), que retrata a via de transmissão sexual como o principal mecanismo de aquisição do vírus. O estudo ainda versa que a causa da falta de proteção nas relações sexuais provem da confiança entre os parceiros e a ideia de atenuar o prazer na relação, principalmente ideologias do sexo masculino.

Dentro desse contexto, um dos grandes ganhos na assistência à pessoa com HIV/AIDS está na aquisição da terapia antirretroviral, permitindo assim um maior prolongamento do surgimento das comorbidades secundárias e conseqüentemente uma melhor sobrevida. Vellozi et al., (2009) reafirmam a importância da terapia antirretroviral, conforme os achados da pesquisa, e ainda reiteram que pessoas com mais de 20 anos em uso da medicação, necessitam periodicamente de mudanças no esquema terapêutico, em decorrência de falhas imunológicas.

Dando segmento aos achados da pesquisa, elencaram-se as variáveis obstétricas das mães, a saber: número de gestação, abortos, filhos vivos, partos, natimortos e transmissão vertical. Nesse sentido, percebe-se que as mães tiveram em um total de 21 gestações, um (01) aborto, 19 filhos vivos, 20 partos, um (01) natimorto e nenhuma transmissão vertical.

Tabela 3 – Caracterização obstétrica de puérperas e mães soroconvergentes para o HIV/AIDS em um serviço municipal de saúde, Paraíba, PB, Brasil, 2014 (n=06).

Dados Obstétricos	Eva	Joquebede	Ana	Maria	Rispa	Sara
Gestação	07	02	02	02	01	07
Aborto	00	00	00	00	00	01
Filhos Vivos	06	02	02	02	01	06
Parto	07	02	02	02	01	06
Natimorto	01	00	00	00	00	00
Transmissão Vertical	00	00	00	00	00	00

Fonte: Dados da Pesquisa, Paraíba, 2014.

Quanto às características obstétricas, algumas mães tiveram intercorrências na gestação. Nota-se também que nenhuma das participantes transmitiu o vírus aos seus filhos, visto que as mesmas estavam preocupadas em realizar o acompanhamento do pré-natal no serviço de atenção especializado. Esse cenário confirma-se pelos estudos desenvolvidos por Costa et al. (2012) e Andrade, Silva e Santos (2010), onde tinham mães que descobriram a soroconvergência no pré-natal, e outras que engravidaram tendo conhecimento do seu diagnóstico, e se submeteram ao tratamento com o antirretroviral, para que seus filhos não vivenciassem o adoecimento.

Após caracterização da amostra, foram analisadas as falas das participantes da pesquisa, com a finalidade de identificar os sentimentos expressos por elas vivenciados durante o percurso de não amamentação, e em seguida foram criadas três categorias, que serão elencadas a seguir.

CATEGORIA I – Sentimentos de mulheres soropositivas diante da impossibilidade de amamentar

As campanhas que sempre trouxeram o aleitamento materno como método de promoção à saúde e desenvolvimento do recém nascido passa a se tornar uma vivência

paradoxal quando a mesma traz riscos de transmissão de diversas patologias através do leite materno, o que traz em contrapartida novos desafios para a mulher com doenças infectocontagiosas, uma vez que a mesma é suprimida do ato de aleitar. Nesse contexto, notou-se que resultaram dessa interdição efeitos psicológicos, dentre eles: negação, tristeza e outros conflitos de ordem pessoal (BISPO; BISPO; PEPE, 2010).

A TV através da amamentação exprime diversas faces no contexto de mulheres infectadas pelo vírus do HIV, pois a impossibilidade de oferecer o leite materno ao filho quando o mesmo chora de fome, pode surgir na mulher sensações e sentimentos desagradáveis, a exemplo: fracasso como figura materna, punição pela soropositividade para o HIV, angústia, tristeza, negação por não poder amamentar, não aceitação do diagnóstico, constrangimento perante os que a cercam fazendo com que essa mãe esconda as medicações utilizadas no tratamento dela e do filho, bem como a omissão sobre a impossibilidade de amamentar, dificultando com isso o tratamento (BELLINI, 2008).

A amamentação traz junto consigo reflexos de sonhos construídos durante o período gestacional, que posteriormente se concretizaria na maternidade e na realização da figura materna, e a sua impossibilidade faz emergir sentimentos do que não foi vivenciado, podendo se expressar por sentimentos positivos e negativos diante de suas vivências. Nesse estudo, verificam-se a presença dos sentimentos de negação, tristeza, raiva, vergonha e frustração, inveja, aceitação, culpa, proteção e preocupação com o desenvolvimento físico do filho e por fim resiliência como forma de enfrentamento.

Subcategoria I – Sentimentos de negação

Quando questionadas sobre os sentimentos aflorados diante da impossibilidade de amamentar, a negação tornou-se evidente ao receberem tal notícia, tornando difícil a compreensão das mesmas que cogitaram o aleitar como um sonho idealizado na maternidade, tornando difícil a compreensão das mesmas.

Eu não quis aceitar porque o sonho de toda mulher é amamentar[...] eu tinha muita vontade de amamentar, queria muito[...] eu sonhava com minha filha no colo e eu dando de mamar. (Joquebede)

O sentimento de negação diante da não amamentação de mulheres com HIV foi evidenciado no estudo de Batista e Silva (2007), trazendo como consequência a vontade de amamentar mesmo após receberem orientações e intervenções a respeito. A interrupção da lactação confere a mulher à perda de um papel socialmente idealizado para o ser-mãe, e a negação pode ser compreendida como uma reação ao fato vivenciado.

Para Kubler-Ross (1985), a negação parcial ou total configura-se o primeiro estágio do luto quando pacientes com doenças crônicas e degenerativas recebem diretamente a notícia de sua patologia e os entraves que essa possa vir a causar em sua vida, ou então quando o paciente vem a descobrir depois os reflexos que a doença traz a sua vida. Em sua obra, Kubler-Ross (1985, p.52) ressalta que “a negação funciona como um pará-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais”.

Subcategoria II – Sentimentos de tristeza

A tristeza tornou-se uma experiência cotidiana na maioria das participantes da pesquisa, pois a não realização da amamentação desconstrói os sonhos e expectativas idealizados durante a gestação, tornando essa característica objeto de fracasso e dor diante da não vivência desse processo.

Eu fiquei triste porque[...]eu queria muito amamentar ela, mas infelizmente não deu[...]me sentia amargurada[...]Isso até hoje me dói bastante[...] (Ana)

Muito triste, porque o leite faz bem para a criança e a pessoa fica triste em saber que não vai poder amamentar nunca mais. (Sara)

Tristeza, a falta do acalento de estar mamando, de encostar no peito, essas coisas. (Maria)

A gente se sente desgostosa né,? porque no hospital todo mundo fica amamentando e a gente não, fica triste assim, dá uma tristeza. (Eva)

Após a descoberta do HIV, em conjunto surgem a dor e a tristeza em não poder amamentar, uma vez que este ato propiciaria a infecção do filho pelo vírus do HIV. Para tanto, essa vivência do reverso da amamentação despertou a tristeza nas mulheres que

tiveram a oportunidade de amamentar e não o valorizaram enquanto podiam, despertando esse sentimento em virtude de saber que os filhos que virão não saberão o que é mamar no seio materno. Por outro lado, demonstra o sentimento de tristeza quando leva em consideração que não poderá vivenciar o aleitamento, experiência que para elas reflete em um desejo que está ao seu alcance mas os fatores patológicos a impede de realizar tal ação (PADOIN; TERRA; SOUZA, 2011).

Pesquisa realizada por Teixeira (2009) com mulheres soropositivas impossibilitadas de amamentar verificou que as mesmas mencionaram, que quando ouviam falar a respeito da amamentação lembravam da dificuldade vivenciada em não poder realizar tal ato, gerando o sentimento de tristeza, demonstrando o pesar e sofrimento em não poder amamentar, pois ao ver o processo de lactação acontecendo essa mãe passa a desejar vivenciar o aleitamento, mas tal ação é impedida no intuito de evitar uma TV, gerando uma sensação de derrota e tristeza.

A tristeza esteve presente cotidianamente no contexto de mulheres soropositivas para o HIV, pois a impossibilidade de amamentar seus filhos fez surgir o sentimento de tristeza, que se tornava mais evidente ao ver outras mães amamentando e principalmente nas mulheres em que nunca tiveram a experiência de amamentar (KLEINÜBING et al., 2014).

Subcategoria III – Sentimentos de raiva

O sentimento de raiva flui diante de um contexto ao qual essa mãe passa a se culpar por não amamentar seus filhos, com isso passa a ter raiva de si própria por não ter tomado as medidas preventivas no tocante ao vírus do HIV. Essa raiva faz com que essa mulher se revolte contra o marido e/ou a si própria e as limitações que a doença venha a causar no seu processo de vivência materna.

Os sentimentos são muito misturados [...] de raiva, de nojo de mim mesma, nojo de pensar o que eu tenho no meu sangue, muita raiva, frustração, ódio. (Joquebede)

Em pesquisa realizada por Teixeira (2009), mulheres com sorologia positiva para o vírus do HIV retrataram sentimentos de medo, culpa e raiva quando não amamentavam, os

quais se acirravam quando os recém-nascidos choravam com fome e quando as mesmas visualizavam a mama turgida de leite.

Estudo realizado por Kleinübing et al. (2014) com puérperas soropositivas, emergiram discursos que resultaram no sentimento de raiva perante a não amamentação, onde as mesmas se sentiam impotentes perante a contaminação do HIV e as limitações que sua condição sorológica lhes trazia, dentre elas a privação do aleitamento materno.

Subcategoria IV – Sentimentos de vergonha e frustração

As participantes da pesquisa se mostravam envergonhadas pelo fato de não poderem amamentar quando se comparavam às mães que estavam amamentando e por não realizarem tal ato eram objetos de especulações tanto na esfera assistencial pós-parto como também no contexto social, em que estavam inseridas. Por conseguinte exaltavam-se sentimentos de frustração por ver o seu desejo de amamentar não ser concretizado, refletindo com isso uma certa impotência da figura materna.

Eu me sinto envergonhada [...], me sinto incapaz [...] me sinto frustrada[...] eu não gosto de estar num canto onde uma mulher está amamentando ou falando sobre [...] quando eu vejo as mulheres dando de mamar, eu me sinto diferente das outras [...] saio de perto delas. (Joquebede)

Teixeira (2009) relata que comumente uma pessoa expressa desânimo e frustração quando há interrupção de um desejo, principalmente, quando este desejo é carregado de valores sociais e psicológicos. Nesse sentido, a amamentação é valorizada socialmente pelas mulheres e quando este ato é abruptamente interrompido, as mesmas apresentam sentimentos de frustração.

Nessa perspectiva, Padoin, Souza e Paula (2010) ressaltam também que essas mulheres soropositivas se sentem envergonhadas por não amamentar, e conseqüentemente a não realização do ato gera especulações a respeito, gerando conflitos internos e fazendo com que as mesmas escondam a verdade acerca da não realização do aleitamento, pois a descoberta poderia causar preconceito e discriminação.

Já no estudo de Miranda, Silva e Lima (2009), dentre os sentimentos destacados pelas mães participantes a tristeza e a frustração foram os mais evidenciados e que

circundam o cotidiano dessas mulheres, tornando mais difícil a compreensão e aceitação de não amamentar.

Subcategoria V – Sentimentos de inveja

A inveja foi um dos sentimentos que assolavam a vida de algumas mulheres quando se deparavam com outras mães amamentando seus filhos. Diante dessa conjuntura, surgia a vontade de amamentar, no entanto essa volição era reprimida pela condição sorológica. Diante do exposto, algumas delas se sentiam menos materna, pelo fato de não acalentarem os seus filhos em seus braços durante a amamentação.

Ver as pessoas dando mamar e a pessoa não dar, aí dá um pouco de inveja. (Ana)

Fico com inveja quando vejo as meninas dando de mamar, porque a três eu dei de mamar e os outros três nenhum mamou. (Sara)

Eu olho assim escondido, eu saio e fico olhando de longe, observando, porque eu tinha muita vontade de dar de mamar. (Joquebede)

Mulheres que vivenciam a impossibilidade de amamentar podem apresentar sentimentos de inveja das mães que amamentam, pois surge a vontade de amamentar também, e por esses motivos as mulheres/mães com HIV se sentem diferentes, impotentes, inferiores, e por vezes trazem consigo a perda da identidade materna como consequência da não realização da prática do aleitamento (PACHECO; STEDILE; HOFFMANN, 2009).

Subcategoria VI – Sentimentos de aceitação

Diante do reverso da amamentação, algumas mães demonstraram sentimentos de aceitação: algumas por já terem vivenciado o processo de amamentação e outras pelo conhecimento da transmissão passiva e pelo risco do filho soroconverter.

Eu não senti muita reação assim não, porque dos outros eu não amamentava[...]não tinha muito leite. Eu não me importo muito não em querer amamentar. (Eva)

[...]foi um trabalho longo até eu aceitar que não poderia dar de mamar a ela, que eu sabia que se eu desse de mamar eu ia prejudicar minha filha. (Joquebede)

Eu agi normal porque antes da gravidez eu já sabia que eu não ia poder amamentar [...]eu participo da rede de adolescentes[...] aí explicavam sobre a gravidez e tudo mais e eu já sabia que eu não poderia amamentar; aí quando eu engravidei eu já estava conformada. (Rispa)

Teixeira (2009) refere em sua pesquisa que a mãe com HIV deixa de ver a amamentação como fonte de vida e saúde, compreendendo-o também com fonte de doença e morte, refletindo a possibilidade de consequências para a saúde da criança, visão esta que altera a mulher em seu contexto físico e mental, pois diante da impossibilidade de amamentar desenvolve dificuldades de aceitação e enfrentamento das condições impostas pela sua soropositividade, e ao mesmo tempo, as deixam aliviadas em não transmitir o vírus ao seu filho.

No estudo de Contin et al. (2010), a aceitação foi o sentimento mais destacado nas falas das mulheres que não amamentavam. Esse fato ocorrera em função do conhecimento dos meios de transmissão, levando às mães a uma escolha consciente de não adesão à amamentação em benefício à saúde do seu filho.

Em contrapartida, na pesquisa de Padoin, Souza e Paula (2010), as mães relataram que levaram algum tempo para aceitar a condição sorológica e a impossibilidade de amamentar, tornando-se compreensível a partir do momento em que ela toma conhecimento que o seu leite é prejudicial à saúde de seu filho. Considerando a esfera psíquica do ser humano, algumas pessoas apresentam mecanismos de defesa diferentes uma das outras. Nesta perspectiva, o ajustamento mental relacionado à aceitação de uma doença e as limitações que a mesma venha a causar pode ser precoce em algumas pessoas e em outras, esses processos mentais são mais prolongados.

Subcategoria VII – Sentimentos de culpa

A culpa, nesse momento, é internalizada pelo processo de interrupção do aleitamento materno decorrente do vírus que essa mulher alberga, fazendo com que a mesma sinta-se irresponsável pela aquisição do vírus que a impossibilitou de ofertar seu leite materno.

Sentimento, pra dizer só a culpa, porque eu não posso amamentar porque eu tenho HIV, só essa culpa, só isso. (Rispa)

[...] a culpa né, que é tudo culpa minha, irresponsável. (Maria)

A amamentação é um ato mencionado pelas políticas públicas como fonte de vida e saúde, mas por outro lado pode ser vista também como fonte de adoecimento e morte, uma vez que crianças podem ser contaminadas por meio do leite materno, caso suas mães sejam portadoras do vírus do HIV. No entanto, medidas preventivas devem ser tomadas no que tange a não amamentação, evitando que recém-nascidos sejam contaminados. Nesse contexto, a mulher com HIV impossibilitada de amamentar apresenta sentimentos de culpa, incerteza e tristeza, pois o alimento antes visto como fonte de nutrição, passa a ser caracterizado como veículo de contágio e risco para seu filho (TEIXEIRA, 2009).

Para Cartaxo et al (2013) essa culpa se torna mais evidente quando a mulher passa a perceber que está sendo abolida de vivenciar os laços afetivos que envolve a amamentação, pois, quando contextualizado socialmente e subjetivamente, o ato de amamentar não está ligado somente a saciação da fome do lactente, como também o gesto de amor, elemento este, visto por elas como uma autoafirmação perante a sua função materna.

As mulheres que vivenciam esse momento passam a refletir e sentem-se culpadas por não amamentar, fazendo essa escolha para que não haja a possibilidade de transmitir ao filho uma doença que poderá lhe trazer as mesmas limitações as quais está submetida (BRAGA, 2009).

Nesse contexto, evidenciou-se que a privação da função de amamentar trouxe obstáculos que contextualizam o entrave refletido no vínculo afetivo entre o binômio mãe-filho, onde a mesma sente-se culpada e por vezes menos materna. Como é destacado no trecho abaixo:

[...] Às vezes eu até penso que se eu tivesse amamentado, meus filhos poderiam ser mais apegados a mim do que eles são. (Joquebe)

CATEGORIA II – Proteção ao filho

As mulheres participantes da pesquisa mencionaram que optaram por não amamentar seus filhos em detrimento da realização materna, pois ver os filhos saudáveis era gratificante e superava todos os desejos maternos de amamentar.

Me sentia muito mal, porque eu tinha medo dela ter esse problema [...] porque a gente tem um problema, mas não quer que os filhos tenham problemas assim. Eva

Aí, eu fiz a escolha: é melhor eu não dar de mamar a ela do que eu dar e saber que estou fazendo mal a ela, que posso levar ela à óbito, ser contaminada por culpa minha [...] fazer ela sofrer por uma coisa que eu posso evitar [...] era o melhor que tinha de ser feito para ela, se uma mãe ama um filho tem que fazer o que é melhor para ele, e eu fiz a escolha de dar o leite e não dar de mamar. Joquebe

No começo eu achei ruim, achei estranho, pensei que ela não ia ter saúde, que ela não ia ganhar peso, que ela ia ficar doente, que a outra eu amamentei até dois anos e ela era saudável, gordinha, perfeita, minha preocupação era essa, dela não ter a vacina do leite materno, que é o danado do colostro. Maria

Eu sei que não vou poder amamentar, e eu não sinto por isso não, eu acho bom saber que não posso amamentar, porque se eu fosse amamentar ia poder contaminar meu filho. Rispa

No estudo de Miranda, Silva e Lima (2009), percebe-se que apesar da tristeza vivenciada por essas mulheres, a saúde dos filhos torna-se o fator preponderante, fazendo com que a mãe que idealiza o aleitamento deixe-o de lado em prol do bem-estar do seu filho, abstendo-se da sua vontade como prova de amor incondicional pelo filho.

Corroborando com o estudo de Miranda, Silva e Lima (2009), pesquisa realizada por Kleinubing (2014), destacou que as mães buscavam transformar os sentimentos negativos vivenciados naquele momento em ações que visavam beneficiar a saúde de seu filho, interpretada por elas como um gesto de amor, preocupação e dedicação com o desenvolvimento de seu filho, e essa ação manifestava-se através do não aleitar como prevenção de agravos a saúde do seu bebe.

Levando em consideração a essência do depoimento, os discursos de mães do estudo de Batista e Silva (2007) são semelhantes aos discursos dos estudos de Miranda (2009) e Kleinubing et al. (2014), onde as mesmas demonstram a aceitação diante da impossibilidade de amamentar, quando levam em consideração à saúde do filho, sentindo a necessidade de evitar o aleitamento, em benefício da saúde do filho.

A aceitação de não praticar o aleitamento devido a sua condição sorológica resulta em sofrimento constante na vida da mãe com HIV/AIDS, no entanto é reconfortante que o

filho cresça saudável e não apresente as limitações e o sofrimento de uma doença crônica e ainda incurável (TEIXEIRA, 2009).

CATEGORIA III– Espiritualidade como forma de enfrentamento

A espiritualidade, neste estudo, verificou-se a partir do apego a um ser supremo que lhe desse força para vencer a não amamentação que tornou-se um dos obstáculos impostos pela sua condição sorológica, e na maioria de seus relatos elas traziam o apego a Deus como forma de enfrentamento para superar as perdas e dificuldades encontradas nesse momento.

*Eu me ajoelho todas as noites [...] converso com meu Deus e peço a ele que me ajude, que me dê força, que me dê ânimo, me dê saúde.
(Ana)*

[...]Passei um tempo triste, chorei muito, aí rezei, me peguei com Deus e pronto, só rezar, eu tenho muita fé. (Maria)

Os trechos citados corroboram com os achados do estudo de Araújo et al. (2008), quando observou que as formas de enfrentamento de cada mulher têm semelhanças, pois o aprendizado diante dessa situação torna-se um desafio, já que a mulher encontra-se fragilizada em seu contexto social. Para tanto, as mulheres buscam a espiritualidade como fonte de apoio emocional, conseguindo desta forma suportar os obstáculos impostos pela doença, e essa busca de ordem espiritual traz alívio para suas angústias já que a luta pela sobrevivência é algo constante diante do quadro clínico atual.

O apego à espiritualidade vem como objeto de transformação e uma alternativa para enfrentar a doença e as limitações que a mesma venha a causar, serve como suporte emocional, trazendo alívio para o sofrimento e angústia ocasionados pelo estado patológico. Sendo assim, a fé em um ser superior – Deus – traz esperança, fazendo-as superar os entraves que a doença reflete em sua vida (TEIXEIRA, 2009).



Fonte: Google imagens 2014

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo de abordagem qualitativa buscou-se identificar os sentimentos vivenciados por mães com HIV diante da impossibilidade de amamentar. Neste contexto, participaram da pesquisa seis mães, com idade média de 29 anos. A maioria das mulheres participantes da pesquisa se dizia negra, católica, apresentava relacionamento estável com seus companheiros; o nível de escolaridade variou entre não alfabetizadas e ensino médio incompleto; as condições socioeconômicas foram caracterizadas como baixa renda (recebiam um salário mínimo) e a maioria exercia atividade laborativa de doméstica.

Uma característica primordial identificada no decorrer das entrevistas foi a importância do acompanhamento pré-natal, onde se identificou que a maioria dessas mães descobriu sua soropositividade para o HIV após exames de rotina recomendados pelo Ministério da Saúde, evitando com isso a transmissão vertical. Após descoberta do HIV, a maioria dessas mulheres relatou soroconversão há um período que variou entre um a cinco anos e aquisição do vírus pelo parceiro fixo através de relação sexual desprotegida.

Descobrir a maternidade no contexto HIV/AIDS traz consigo mudanças psicológicas que contextualizam um estado de dúvidas e incertezas quanto à saúde de seu filho, e é nesse momento que as emoções passam a se intensificar e são permeadas por sentimentos positivos ou negativos a cada experiência vivenciada. Nesse contexto, os discursos das mães são marcados por duas faces desses sentimentos, pois ao mesmo tempo que sofrem com as limitações impostas pelo HIV durante a maternidade, sentem-se felizes pelos resultados que as precauções trazem a saúde de seu filho, oportunizando-lhe uma vida saudável livre do HIV e das limitações que a doença poderia causar.

Diante das limitações impostas pelo HIV, a mulher em sua vivência maternal é impossibilitada de amamentar devido ao contágio do leite materno pelo vírus do HIV. Este fato gerou, nessas mães, conflitos que se dividiam entre o desejo de amamentar e o desejo de manter o filho saudável. Para tanto, algumas demonstraram sofrimento diante do sonho não concretizado e da vontade suprimida, outras demonstravam-se conformadas por já terem vivenciado tal processo, e a preocupação com a transmissão do filho era o fator preponderante para a escolha da não amamentação dentre essas mulheres.

A partir das falas dessas mulheres, construiu-se uma categoria ampla denominada “Sentimentos de mulheres soropositivas sobre a impossibilidade de amamentar” que serviu

de abrangência para sete subcategorias relacionadas a emoções positivas e negativas que esta experiência possibilitou a estas mães e outras duas categorias que enfatizavam a “Proteção ao filho” e outra sobre “Espiritualidade como forma de enfrentamento”.

Evidenciou-se a partir dos relatos dessas mães que a maioria vivenciou a não amamentação e as experiências foram permeadas por sentimentos de negação, tristeza, raiva, vergonha, frustração, inveja e culpa, buscando a espiritualidade como método de enfrentamento para tais dificuldades.

Além dessas dificuldades encontradas diante do reverso da amamentação, algumas das mães participantes da pesquisa enfrentaram o dilema de terem que justificar para a família e a comunidade o fato de não estarem amamentando seus filhos, intensificando o seu sofrimento e construindo histórias baseadas em mentiras a fim de torná-la convincente para a sociedade e com isso omitem o seu estado sorológico.

O profissional de enfermagem em conjunto com a equipe multidisciplinar deve priorizar o cuidado humanizado pautado em ações que visem o bem-estar dessa mãe com HIV, realizando o acolhimento como apoio emocional, a fim de compreender os sentimentos de impotência materna e de inferioridade perante a sociedade diante da impossibilidade de amamentar. Desta forma, o profissional poderá identificar suas dificuldades por meio do diálogo, encontrando as melhores formas de enfrentamento junto à cliente, a fim de reduzir os problemas impostos pela patologia e o contexto social ao qual está inserida.

Considera-se que o objetivo desse estudo foi alcançado com sucesso, pois conseguimos identificar os sentimentos por meio das vivências de mães com HIV. No entanto, surgiram outras inquietações acerca desta experiência, dentre elas, a necessidade de criação de políticas públicas que viabilizem suporte a mãe com HIV no tocante à amamentação e os reflexos que essas limitações trazem ao seu contexto, uma vez que as campanhas atuais veiculam o aleitamento como a única forma de praticar a maternidade, causando nessa mulher conflitos internos.



Fonte: Google imagens 2014

6- REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.L. et al. Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervenientes. **REME rev min enferm**, v. 15, n. 2, p. 208- 216, 2011. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4e662b005a6b3.pdf Acesso em: 18 ago 2014.

ANDRADE, H. A. S.; SILVA, S. K.; SANTOS, M. I. P. O. AIDS em idosos: vivências dos doentes. **Rev Enferm Esc Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 712- 19, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452010000400009&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 18 ago.2014.

ARAUJO, M.A.L et al., Gestantes portadoras do HIV: enfrentamento e percepção de uma nova realidade. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n. 2, p. 216-223, 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5005/3244> Acesso em: 05 ago. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3.^a ed. Lisboa, 2004.

BARROS, L.A, et al. Soropositividade de HIV em gestantes: adequação das práticas e atividades desenvolvidas pelo serviço de assistência especializada. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits**. v. 1, n.1, p. 67-82. Maceió, 2012. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/458/191> Acesso em: 06 fev. 2014.

BATISTA, C.B; SILVA, L.R. Sentimentos de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar. **Rev Enferm Esc Anna Nery**, v.11, n.2, p.268-75, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a13.pdf> Acesso em: 04 ago. 2014.

BAZANI, A.C.; SILVA, P. M.; RISSI, M. R. R. A vivência da maternidade para uma mulher soropositiva para o HIV: um estudo de caso. **Sau & Transf**, v.2, n.1, p.45-55, 2011. Disponível em: <http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1054/1292> Acesso em: 06 fev. 2014.

BELLINI, N R. **Significações Psicossociais do diagnóstico de HIV e do impedimento da amamentação para as gestantes**: um estudo clínico-qualitativo. 2008. 77 f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. Disponível em: http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF2/01374_Bellini,NaraRegina.pdf Acesso em: 23 nov. 2013.

BERNARDES, M.J.C.; SOUSA, M.V.; AZEVEDO, F.M.F. Estratégias para redução da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua relação com a enfermagem. **Enfermería Global**, 28 de outubro, 2012. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.um.es%2Fglobal%2Farticle%2Fdownload%2Feglo>

bal.11.4.159251%2F139111&ei=_AiOUvjCIqPiiAKQoICIBQ&usg=AFQjCNEmw-50uvSmaHVWRv22EG5GKslrgg&bvm=bv.56988011,bs.1,d.eW0 Acesso em: 20 nov. 2013.

BISPO, T.M.S.; BISPO, M.R.G.; PEPE, A.L. **Os aspectos psicológicos da interdição à amamentação.** Trabalho de conclusão de curso. Centro Universitário Jorge Amado, Brasil 2010. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0163.pdf> Acesso em: 09 ago. 2014.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política.** Santa Catarina: UFSC. V.2, n.1, 13p. 2005. Disponível em: http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf. Acesso em: 20 nov. 2013.

BRAGA, I.C.C. **Mulheres em idade reprodutiva infectadas pelo HIV:** contribuição para a prática de enfermagem. 2009. 93 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Disponível em: http://www4.unirio.br/propg/posgrad/stricto_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/dissertacoes%202009/mulheres%20em%20idade%20reprodutiva%20infectadas%20pelo%20hiv%20%20contribuicao%20para%20a%20pratica%20da%20enfermagem.pdf Acesso em: 09 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids>. Acesso em: 20 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/ AIDS. **História da AIDS, Portal sobre AIDS, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais.** Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids> Acesso em: 20 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de AIDS e DST.** Ano I – nº 01. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_2012_final_1_pdf_21822.pdf. Acesso em: 20 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestão de alto risco: manual técnico.** 5ªed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 20 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fatos que marcam a história da Aids.** 2013a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/fatos-que-marcam-historia-da-aids> Acesso em: 06 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para adultos vivendo com HIV/AIDS**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST, Aids e Hepatites virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/52934/_p_vers_atilde_o_preliminar_do_protocolo_cl_iacute_26118.pdf Acesso em: 06 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Aids e DST**. Ano II – nº 01. Brasília, DF, 2013c. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf Acesso em: 10 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf Acesso em: 10 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde. Epidemiológicas e Morbidade. Doenças de Notificação. Aids – desde 1980**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/> Acesso em: 10 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids**. Disponível em: http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaida Acesso em: 11 mar. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em: 05 jun.2013.

BRITO, A. M. **A evolução e distribuição social da doença no Brasil. Com ciência:** revista eletrônica de jornalismo científico, Campinas, SP, n. 76, 2006. Disponível em: <http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=13&id=116> Acesso em: 20 nov. 2013.

CARTAXO C.M.B. et al. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: Aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. **Estudos de Psicologia**, v.18, n.3, p. 419-27, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n3/02.pdf> Acesso em: 02 ago. 2014.

CARVALHO, F.T.; PICCININI, C.A. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciênc saúde coletiva**, v.13, n. 6, p.1889-98, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a24v13n6.pdf> Acesso em: 15 fev. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução **COFEN nº 311/2007**. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2010>. Acesso em: 05 jun.2013.

CONTIN, C.L.V. et al. Experiência da mãe HIV positivo diante do reverso da amamentação. **HU Revista, Juiz de Fora**, v. 36, n. 4, p. 278-84, 2010. Disponível em: <http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/1172/458> Acesso em: 10 ago. 2014.

COSTA, T. L. et al. Pessoas com HIV/Aids nas representações sociais de enfermeiros: análise dos elementos centrais, contranormativos e atitudinais. **Rev Latino-Am Enferm.** v. 20, n. 6, p.1091-099, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_11.pdf Acesso em: 18 ago. 2014.

FARIA, E.R. et al. Apego materno fetal em gestantes que vivem com HIV/AIDS. **Estudos de Psicologia**, v.18, n.2, p.231-239, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a08.pdf> Acesso em: 10 fev. 2014.

GALVÃO, M.T.G. et al. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.3, p.371-6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a04v63n3.pdf> Acesso em: 20 nov. 2013

GARBIN, C.A.S. et al. A transmissão do HIV na percepção de mulheres brasileiras. **Rev Odonto Ara**, v.33, n.1, p. 41-5, 2012. Disponível em: <http://apcdaracatuba.com.br/revista/2013/05/41.pdf> Acesso em: 10 fev. 2014.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**.6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, T.R.; PICCININNI, C.A. Experiência da maternidade no contexto do HIV/Aids aos três meses de vida do bebê. **Psic Teor e Pesq**, v. 24 n. 4, p. 459-70,2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n4/09.pdf> Acesso em: 12 fev. 2014.

HAMMES, R. N.; NUMMER, F. V. As percepções sobre a doença e o tratamento de pacientes doentes de aids que retornam à terapia antirretroviral. **Revista Destaques Acadêmicos**. v. 1, n. 3, p. 17-30, 2009. Disponível em: http://www.univates.br/files/files/univates//editora/revistas/destaquesacademicos/ano1n3/As_percepcoes_sobre_a_doenca.pdf Acesso em: 18 ago.2014.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/ AIDS. **Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS**: Relatório global sobre a epidemia de AIDS 2009 – sumário geral. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/doc/2009-Relatorio-Global-Aids-Sum-rio-Geral-Port.pdf> Acesso em: 20 nov. 2013.

KLEINÜBING, R.E.et al. Puerpéras soropositivas para o HIV: Como estão vivenciando a não amamentação. **Rev enferm UFPE on line**, v. 8, n.1, p.107-13,2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5576/833> 3. Acesso em: 04 ago. 2014.

KOURROUSKI, M.F.C.;LIMA, R.A.G. Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/Aids. **Rev Latino-Am Enferm**. v. 17, n.6, p. 947-52, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_04.pdf Acesso em: 18 ago. 2014.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins .Fontes; 1985.

LEAL, A.F.; ROESE, A.; SOUSA, A.S. Medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV empregadas por mães de crianças o positivas. **Invest Educ Enferm**, v.30,n.1,p.44-54. 2012. Disponível em: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/8737/10619>. Acesso em: 20 nov. 2013.

MACHADO, M.M.T.; BRAGA, M.Q.C.; GALVÃO, M.T.G. Problemas com a mama puerperal revelados por mães soropositivas. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n.1, p 120-5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v44n1/a17v44n1.pdf> Acesso em: 16 fev. 2014.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**.7ªed. São Paulo: Atlas, 2010.

MEIRELLES, B. H. S. et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. **Rev RENE**, v. 11, n. 3, p. 68-76, 2010. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_pdf/a07v11n3.pdf Acesso em: 18 ago. 2014.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29ª ed. Petropolis, RJ: Vozes, 2010.

MIRANDA, B.A.; SILVA, K.; LIMA, E.C. HIV e Maternidade: Sentimentos das mulheres que não podem amamentar. **Rev Enferm Integrada**, v.2, n.2, 2009. Disponível em: http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2_2/Eneida_Brigite_Keila.pdf Acesso em: 04 ago. 2014.

OLIVEIRA, D. C. Construção e transformação das representações sociais da AIDS e implicações para os cuidados de saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 21, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nsp/pt_34.pdf Acesso em: 12 fev. 2014.

PACHECO, A.O.; STEDILE, F.; HOFFIMANN, A.C.O.S. **Sentimento das mães com sorologia positiva para o HIV diante da impossibilidade de amamentar**. Monografia .Biguaçu, 2009. Disponível em:

<http://siaibib01.univali.br/pdf/Aline%20Onesia%20Pacheco%20e%20Francielle%20Stedile.pdf> Acesso em: 09 ago. 2014.

PADOIN S.M.M.; TERRA M.G.; SOUZA I.E.O. **Mundo da vida da mulher que têm HIV/AIDS no cotidiano da (im)possibilidade de amamentar.** Esc Anna Ner. 2011 Jan/Mar;15(1):13-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/03.pdf>. Acesso em: 23 nov.2013.

PADOIN, S.M.M.; SOUZA, I.E.O. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/ AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.3, p. 510-8, 2008 .Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a12v17n3.pdf> Acesso em: 10 fev. 2014.

PADOIN S.M.M.; SOUZA I.E.O.; PAULA C.C. Cotidianidade da mulher que tem HIV/aids: modo de ser diante da (im)possibilidade de amamentar. **Rev Gaúcha Enferm**, v.31, n. 1, p.77-83, 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/9917/8440> Acesso em: 10 ago. 2014.

PADOIN, S. M. M. et al. Cotidiano terapêutico de adultos portadores da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. **Rev Enferm UERJ**. v. 18, p. 393-398, 2010. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a09.pdf> Acesso em: 18 ago.2014.

PAIVA, S.S. et al. Comunicação não verbal durante cuidados prestados aos filhos por mães com Vírus da Imunodeficiência Humana. **Acta Paul Enferm**, v.13, n.3, p.414-9, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/17.pdf> Acesso em: 10 fev. 2014.

PEREIRA, B.S. et al. Enfrentamento da feminização da epidemia da AIDS. **FG Ciência, Guanambi**, v.01, n.1, p.01-18, 2011. Disponível em: http://www.portalfg.com.br/revista/arquivos/artigos/Artigo_1.pdf Acesso em: 10 fev. 2014.

PINHO, P.A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**,v. 16, n. 41, p. 435-47, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2612.pdf> Acesso em: 15 fev. 2014.

PRADO, R.H. **Transmissão vertical do HIV: impacto positivo de medidas preventivas.** Monografia.Rio de Janeiro, 2008. http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD93%201%BA%20Ten%20AI%20RODRIGO%20HENRIQUE%20PRADO.pdf Acesso em: 14 fev. 2014.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. **Ciênc saúde coletiva**, v.15, n.1, p. 1201-208, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/029.pdf> Acesso em: 18 ago 2014.

REGO, S. E. M.; REGO, D. M. S. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão de literatura. *J bras psiquiatr*, v. 59, n.1, p. 70-3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n1/v59n1a11.pdf> Acesso em: 18 ago.2014.

RIBEIRO, A.C. et al. Perfil clínico de adolescentes que têm AIDS. **Cogitare Enferm**, v. 15, n. 2, p. 256-62, 2010. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17858/11651> Acesso em: 10 fev. 2014.

ROSA, L.; CEOLIN, R.; ARGENTA, C. Mãe HIV positivo: A vivência da não amamentação e o método de inibição de lactação por enfaixamento. **Rev de Enfer Fre West**, v.6-7. n.6-7. p.257-66. 2011. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/1007/1474> Acesso em: 10 fev. 2014.

SILVA, R.A.R. et al. Formas de enfrentamento da Aids: Opiniões de mães de crianças soropositivas. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.16, n.2, p.260-5, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_14.pdf Acesso em: 12 fev. 2014.

SOUZA, M. H.N.; SOUZA, I. E.O.; TOCANTINS, F. R. A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.17, n. 3, p. 1-5, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_12.pdf Acesso em: 18 ago. 2014.

TEIXEIRA, M.A. **Soropositividade de mulheres para os vírus HIV e HTLV: significados do contágio do leite materno**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – Salvador, 2009. Disponível em: [http://www3.pgenf.ufba.br/tesesdissertacoes/2009/TESE/7%C2%AA%20def.%20de%20Te%20-%20Marizete%20Teixeira%20-%202030-11-09%20\(1\).pdf](http://www3.pgenf.ufba.br/tesesdissertacoes/2009/TESE/7%C2%AA%20def.%20de%20Te%20-%20Marizete%20Teixeira%20-%202030-11-09%20(1).pdf) Acesso em: 04 ago. 2014.

VASCONCELOS, S.G. et al. Comunicação mãe-filho durante amamentação natural e artificial na era aids. **Rev Rene Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 103-09, 2010. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n4_pdf/a11v11n4.pdf Acesso em: 10 fev. 2014.

VELLOZI, C. et al. The study to understand the natural history of HIV and AIDS in the era of effective therapy (SUN Study). **Am J Epidemiol**. v. 169, n. 5, p. 169:642-52, 2009. Disponível em: <http://aje.oxfordjournals.org/content/169/5/642.full.pdf> Acesso em: 18 ago. 2014.



Fonte: Google imagens 2014

7- ANEXOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ANEXO I - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

Ilmo. Sr. José Alixandre de S. Luís

Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande no Centro de Educação e Saúde *campus* Cuité/PB

O Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, o graduando Fernando Silvio de Souza Virgolino Mat. 509220081, RG 5250469, CPF 028.208.041-44 está realizando uma pesquisa intitulada por: **“O seio materno e o alimento proibido: Sentimentos de mulheres soropositivas diante da impossibilidade de amamentar”**, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto às puérperas do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids no município de Campina Grande-PB.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso do referido graduando para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição, centro e unidade acadêmica.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 13 de março de 2014.

Fernando Silvio de Souza Virgolino
(Orientando - Pesquisador)

Glenda Agra
(Orientadora - Pesquisadora)

José Alixandre de S. Luís

Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde – Cuité/PB



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ANEXO II - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO

O Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, o graduando Fernando Silvio de Souza Virgolino Mat. 509220081, RG 5250469, CPF 028.208.041-44 está realizando uma pesquisa intitulada por: **“O seio materno e o alimento proibido: Sentimentos de mulheres soropositivas diante da impossibilidade de amamentar”**, sob a orientação da professora Mestre Glenda Agra, SIAPE 1841058.

Desta forma, declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares e como esta Unidade Acadêmica de Saúde tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Cuité, 13 de março de 2014.

José Alixandre de S. Luís

Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde – Cuité/PB



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ANEXO III - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr(a) Diretor(a) do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids

O Centro de Educação e Saúde da UFCEG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Enfermagem. Nesse contexto, o aluno Fernando Silvio de Souza Virgolino Mat. 509220081, RG 5250469, CPF 028.208.041-44 está realizando uma pesquisa intitulada por: **“O seio materno e o alimento proibido: Sentimentos de mulheres soropositivas diante da impossibilidade de amamentar”**, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto às puérperas internas ou atendidas por esta instituição.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso do referido graduando para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 13 de março de 2014.

Fernando Silvio de Souza Virgolino
(Orientando - Pesquisador)

Glenda Agra
(Orientadora - Pesquisadora)

**Ramilton Marinho Costa/
José Justino Filho**
Diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCEG

ANEXO IV – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

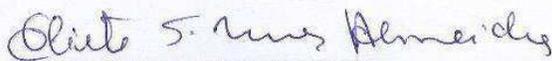
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CNPJ: 24513574/0001-21**

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, Eliete Silva Nunes Almeida, Diretora de Vigilância em Saúde do Município de Campina Grande autorizo o desenvolvimento da Pesquisa intitulada: **“O Seio Materno e o Alimento Proibido: Sentimentos de Mulheres Soropositivas diante da impossibilidade de amamentar”**, que será realizada no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS, com abordagem qualitativa, tendo como pesquisadora responsável a Professora Mestre Glenda Agra e colaborador o acadêmico do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité – PB*, Fernando Silvio de Souza Virgolino.

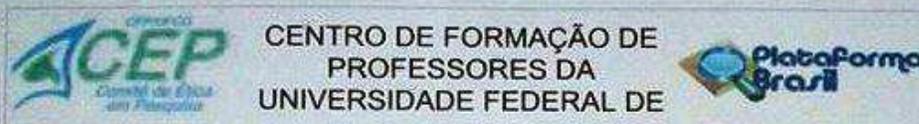
Campina Grande, 20 de Março de 2014.

Atenciosamente,


ELIETE SILVA NUNES ALMEIDA
RG: 504.642/PB
CPF: 226.028.104-44
Diretora de Vigilância em Saúde - CG

Eliete Silva Nunes Almeida
Diretora de Vigilância à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO V – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O SEIO MATERNO E O ALIMENTO PROIBIDO: SENTIMENTOS DE MULHERES SOROPOSITIVAS DIANTE DA IMPOSSIBILIDADE DE AMAMENTAR

Pesquisador: Glenda Agra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31041514.7.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 789.327

Data da Relatoria: 21/05/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, que tem por finalidade o desenvolvimento, esclarecimento e a modificação de conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemáticas mais precisas ou hipóteses para posteriores pesquisas vivenciada pelos seres humanos.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as implicações sentimentais da impossibilidade da prática da amamentação impostas pela condição sorológica acometida pela mesma.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com as informações e objetivos do estudo apresentado parece não apresentar riscos para as mulheres envolvidas. No que diz respeito aos benefícios é possível deduzir que o estudo possa indicar possibilidades de assistências médicas-psicológicas que atuem na superação do problema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa interessante sob o ponto de vista do público e da questão abordada já que as mulheres puérperas com sorologia positiva para o HIV carecem de assistência para compreender seus anseios, sentimentos e dificuldades.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: oep@cfp.ufcg.edu.br



**CENTRO DE FORMAÇÃO DE
PROFESSORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE**



Continuação do Parecer. 789.327

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Detectamos a presença do termo de consentimento e livre esclarecimento destinado aos entrevistados, assim como a apresentação do termo de consentimento da pesquisa por parte da Secretaria de Saúde do Município de realização da pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existe pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 12 de Setembro de 2014

**Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)**

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares
UF: PB Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@ctp.ufcg.edu.br



Fonte: Google imagens 2014

8- APÊNDICES

APÊNDICE A -**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezada Senhora

Esta pesquisa intitulada *“O seio materno e o alimento proibido: Sentimentos de mulheres soropositivas diante da impossibilidade de amamentar”*, cujo objetivo é *Compreender as implicações sentimentais da impossibilidade da prática da amamentação impostas pela condição sorológica acometida pela mesma* está sendo desenvolvida por Fernando Silvio de Souza Virgolino, aluno do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, sob orientação da Prof^a. Ms. Glenda Agra.

Para a realização desta pesquisa sua participação é muito importante, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma.

Solicitamos a sua autorização para gravar a entrevista através de um aparelho MP3. A entrevista constará de algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização desse estudo.

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Campina Grande, ____/____/____

Pesquisador colaborador

Pesquisador responsável

Comitê de Ética em Pesquisa

Pesquisador Responsável: Glenda Agra

Endereço: Olho D'Água da Bica, s/n Cuité – PB CEP – 58175-000 Fone: 3372-1900

Endereço residencial: Rua Nicola Porto, 251 – Manaíra – João Pessoa/PB – CEP58038-120

Fone: 3226-4721 / 9924-9499

Pesquisador colaborador: Fernando Silvio de Souza Virgolino

Endereço: Olho D'Água da Bica, s/n Cuité – PB CEP – 58175-000

Endereço residencial: Rua Floriano Peixoto, 16 – Centro – Cuité/PB – CEP: 58175-000

Celular: (83)9967-1962

RG: 5250469/ SPTC-GO

CPF: 028.208.041-44

MAT: 509220081

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Universidade Federal de Campina Grande

Rua: Carlos Chagas, s/n

Bairro: São José

Cidade: Campina Grande-Pb

CEP: 58107 670

Fone: (83) 2101.5500

Fax.: (83) 2101.5523

APÊNDICE B -**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS****Dados Sociodemográficos:**

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Profissão:

Raça:

Estado Civil:

Religião:

Renda Familiar:

Tempo de soropositividade:

Dados Obstétricos:

Gestação:

Aborto:

Filhos vivos:

Partos:

Natimorto:

Transmissão vertical:

Questões Norteadoras

- Como foi o momento do diagnóstico do HIV para você? Descreva.
- Como foi para a senhora a sensação de estar grávida e com HIV?
- Como você reagiu diante da afirmação de não poder amamentar?
- Como você se sente ao ver outras mães amamentando ou falando sobre suas experiências na prática do aleitamento materno? Descreva.
- Quais sentimentos a senhora sentiu diante da não-amamentação? Descreva.
- Como a senhora supera esses sentimentos descritos anteriormente?