

# CONCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE VIVÊNCIA COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA E IMPOSSIBILIDADE DE AMAMENTAR

---

## WOMEN'S CONCEPTION ABOUT LIVING WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS AND IMPOSSIBILITY OF BREASTFEEDING

---

## CONCEPCIÓN DE MUJERES SOBRE VIVIR CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA E IMPOSIBILIDAD DE AMAMANTAR

Selma Villas Boas Teixeira<sup>1</sup>  
Cláudia Lima de Oliveira<sup>2</sup>  
Leila Rangel da Silva<sup>3</sup>  
Maria Beatriz de Assis Veiga<sup>4</sup>  
Ana Paula Assunção Moreira<sup>5</sup>  
Cristiane Rodrigues da Rocha<sup>6</sup>

**Como citar este artigo:** Teixeira SVB, Oliveira CL, Silva LR, Veiga MBA, Moreira APA, Rocha CR. Concepção de mulheres sobre vivência com vírus da imunodeficiência humana e impossibilidade de amamentar. Rev baiana enferm. 2020; 34:e35741.

**Objetivos:** discutir a concepção de mulheres sobre a vivência com o vírus da imunodeficiência humana e a impossibilidade de amamentar. **Método:** estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com 12 mulheres em um hospital universitário no Rio de Janeiro, Brasil. A coleta de dados, por meio de entrevista individual e semiestruturada, ocorreu entre junho de 2017 e março de 2018. Os dados foram analisados mediante a utilização do referencial metodológico da análise de conteúdo. **Resultados:** a maioria das participantes foi diagnosticada no pré-natal e no parto. Elas reconheceram os benefícios da amamentação e seguiram a recomendação de não amamentar. **Conclusão:** as participantes reconheceram os benefícios da amamentação e, mesmo que tristes e frustradas diante da impossibilidade de amamentar, transcenderam esses sentimentos, por proteção ao filho, reafirmando o papel atribuído pela sociedade e pela cultura e as assimetrias de gênero relacionadas à reprodução e maternidade.

**Descritores:** Enfermagem. Saúde da Mulher. Aleitamento Materno. Período Pós-parto. Sorodiagnóstico da Aids.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-8799-0243>.

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Obstetrícia Social. Enfermeira no Hospital Estadual Adão Pereira Nunes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-0559-9721>.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-1831-0982>.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira no Hospital Universitário Gaffrée Guinle. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-0940-9534>.

<sup>5</sup> Enfermeira. Especialista em Residência em Enfermagem Obstétrica. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. [anapaulamoreira13@hotmail.com](mailto:anapaulamoreira13@hotmail.com). <http://orcid.org/0000-0001-8549-3788>.

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-5658-0353>.

*Objectives: to discuss women's conception about living with the human immunodeficiency virus and the impossibility of breastfeeding. Method: descriptive, exploratory study, with a qualitative approach, conducted with 12 women in a university hospital in Rio de Janeiro, Brazil. Data collection, through individual and semi-structured interviews, occurred between June 2017 and March 2018. The data were analyzed using the methodological framework of content analysis. Results: most participants were diagnosed during prenatal care and delivery. They recognized the benefits of breastfeeding and followed the recommendation not to breastfeed. Conclusion: the participants recognized the benefits of breastfeeding and, even if sad and frustrated at the impossibility of breastfeeding, transcended these feelings to protect their child, reaffirming the role attributed by society and culture and gender asymmetries related to reproduction and motherhood.*

*Descriptors: Nursing. Women's Health. Breast Feeding. Postpartum Period. Aids Serodiagnosis.*

*Objetivos: discutir la concepción de mujeres sobre vivir con el virus de la inmunodeficiencia humana y la imposibilidad de amamentar. Método: estudio exploratorio descriptivo, con enfoque cualitativo, con 12 mujeres en hospital universitario de Río de Janeiro, Brasil. Recopilación de datos a través de entrevistas individuales y semiestructuradas, entre junio de 2017 y marzo de 2018. Datos analizados por el marco metodológico del análisis de contenido. Resultados: la mayoría de los participantes fueron diagnosticados durante el prenatal y parto. Reconocieron los beneficios de la lactancia materna y siguieron la recomendación de no amamentar. Conclusión: los participantes reconocieron los beneficios de la lactancia materna y, aunque tristes y frustradas ante la imposibilidad de la lactancia materna, trascendieron estos sentimientos para proteger al niño, reafirmando el papel atribuido por la sociedad y la cultura y las asimetrías de género relacionadas con la reproducción y maternidad.*

*Descritores: Enfermería. Salud de la Mujer. Lactancia Materna. Período Posparto. Serodiagnóstico del SIDA.*

## Introdução

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é mundialmente uma das principais causas de morte entre adultos. Há aproximadamente 37,9 milhões de pessoas vivendo com HIV<sup>(1)</sup>. No Brasil, em 2017, foram diagnosticados 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de AIDS<sup>(2)</sup>.

Do total de casos registrados desde 1980, a maior concentração encontra-se nas idades entre 25 e 39 anos, em um total de 169.932 (68,6%) casos em homens e 77.812 (31,4%) casos em mulheres<sup>(2)</sup>. Observa-se que o aumento do número de casos de HIV/AIDS entre mulheres em idade reprodutiva traz como uma de suas consequências a possibilidade de transmissão vertical intraútero, intraparto ou pela amamentação, quando o risco adicional é de 7% a 22% por exposição, isto é, a cada mamada<sup>(3-4)</sup>. Caso não sejam utilizadas as medidas preventivas, cerca de 15% a 45% desses bebês têm maiores chances de ser expostos à infecção<sup>(2,5)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde, a partir de 2016, passou a recomendar que mulheres vivendo com HIV devem amamentar por, pelo menos, seis meses e podem continuar por até 24 meses, desde que estejam fazendo uso da terapia

antirretroviral, independentemente da contagem de linfócitos CD4<sup>(6)</sup>. Esta conduta está pautada nos diversos benefícios da amamentação, no que tange aos aspectos nutricionais, emocionais, assim como na prevenção de doenças infecciosas infantis, redução de leucemia, síndrome da morte súbita infantil e obesidade<sup>(7)</sup>.

Destaca-se, no Brasil, que a amamentação não é recomendada em mulheres vivendo com HIV<sup>(3)</sup>. Portanto, há a necessidade de que os profissionais de saúde que atuam nas consultas de pré-natal informem quanto aos riscos da amamentação e à inevitável supressão da lactação, orientando para a necessidade do aleitamento artificial, a fim de evitar que a escolha da alimentação infantil seja influenciada por fatores econômicos e sociais<sup>(3,7)</sup>.

Considera-se que não amamentar pode ser frustrante, haja vista que estar impossibilitada de oferecer o seio, muitas vezes, vai contra os desejos da nutriz, uma vez que a mulher que não amamenta não corresponde ao modelo idealizado socialmente, por não oferecer ao seu filho a melhor nutrição<sup>(8)</sup>. Esta situação poderá gerar sentimentos como culpa, frustração e angústia

diante da realidade, reforçando a importância do papel do enfermeiro e de outros profissionais no acolhimento e acompanhamento dessa mulher.

Diante do exposto, foi formulado o seguinte objetivo para o estudo: discutir a concepção de mulheres sobre a vivência com o vírus da imunodeficiência humana e a impossibilidade de amamentar.

## Método

Pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. Com o propósito de identificar a população alvo, o processo de captação abrangeu a análise dos prontuários. Após esse procedimento, 14 mulheres puérperas foram convidadas para participar do estudo. Dessas, uma recusou-se e outra, não atendeu aos critérios de elegibilidade. Ao todo, participaram 12 mulheres puérperas vivendo com HIV, maiores de 18 anos, internadas no alojamento conjunto com filho(s) nascido(s) vivo(s). Foram excluídas, as mulheres menores de dezoito anos, as que deram à luz a um filho natimorto ou que não apresentaram condições emocionais para participar da pesquisa. Todas participaram voluntariamente, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O cenário foi o alojamento conjunto da maternidade de um hospital universitário localizado na Zona Norte, no município do Rio de Janeiro. A opção pelo cenário deu-se em função de o hospital ser referência para o tratamento de HIV/Aids.

A coleta de dados ocorreu no período de junho de 2017 a março de 2018, sendo encerrada mediante o critério de saturação de dados. A técnica utilizada foi a entrevista individual e semiestruturada. O roteiro, elaborado e validado pelo grupo de pesquisadores, com perguntas fechadas e abertas, visava obter as características socioeconômicas, reprodutivas, além de informações referentes à amamentação e ao HIV.

As entrevistas foram realizadas no leito das puérperas, na ausência de acompanhantes ou de algum membro da equipe de saúde, a fim de assegurar a privacidade das participantes. Tiveram duração média de 30 minutos, sendo gravadas em MP3, com autorização prévia, e transcritas

posteriormente na íntegra. Com o propósito de garantir o anonimato das mulheres, foram adotados códigos de identificação utilizando-se a letra P seguida de numeração ordinal crescente (P1 a P12), conforme a ordem de realização das entrevistas. Ressalta-se que as entrevistas transcritas ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora principal pelo período de cinco anos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) sob o Parecer nº 1.029.129. Os aspectos éticos foram respeitados conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Para a análise dos dados, foi utilizado o referencial metodológico da Análise de Conteúdo<sup>(9)</sup> de acordo com as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Foram realizadas a transcrição e a organização das entrevistas, o que permitiu a exploração do material e o processo de codificação. Emergiram 159 unidades temáticas referentes ao eixo temático – diagnóstico de soropositividade ao HIV, conhecimentos sobre a infecção e transmissão vertical, (des) conhecimento da situação sorológica do parceiro e da família, sentimentos frente ao ato de (não) amamentar, experiências anteriores de amamentação e rede de apoio –, que constituíram a categoria temática deste manuscrito denominada: *Conhecimentos sobre o HIV e a impossibilidade de amamentar*.

## Resultados

As mulheres encontravam-se na faixa etária entre 20 e 36 anos. Seis autodeclararam-se negras e as demais, pardas. No que se refere ao local de residência, seis residiam no município do Rio de Janeiro, três, na Baixada Fluminense e as outras três, na Região dos Lagos. Uma delas era de nacionalidade angolana e as demais, brasileiras. Quanto à situação conjugal, oito viviam em regime de união estável com seus parceiros e quatro não coabitavam com os parceiros. O tempo de convivência das mulheres que viviam em regime de união estável variou de dois

a doze anos. Em relação à escolaridade, oito concluíram o Ensino Médio e quatro, o Ensino Fundamental. Quanto à ocupação, sete encontravam-se no mercado de trabalho, duas estavam desempregadas e três exerciam a função do lar. A renda familiar variou de três a seis salários mínimos.

Quanto ao histórico sexual e reprodutivo, quatro eram primíparas e as demais, múltiparas, com dois ou três filhos. Uma realizou um aborto induzido. Em relação ao uso de contraceptivos, todas afirmaram utilizar eventualmente o preservativo masculino. No tocante ao início do pré-natal, oito informaram ter iniciado no primeiro trimestre e sete não planejaram a gestação.

Dentre as 12 mulheres que participaram, 8 engravidaram e tinham conhecimento do diagnóstico de soropositividade ao HIV. Quanto às demais, o resultado foi revelado na gestação atual, durante a realização do pré-natal ou no parto, por meio do teste rápido realizado na maternidade.

*Eu não sabia que tinha esta doença. Fiz [teste rápido] no pré-natal e deu negativo. Então, só descobri agora. (P3).*

*Tomei um choque quando fiz o teste no pré-natal e deu positivo. Olhei para o meu marido e tive muita, mas muita raiva dele. (P9).*

Dentre as oito entrevistadas que já tinham conhecimento do seu *status* sorológico, duas tiveram seu diagnóstico revelado durante a realização de exames de rotina no pré-natal de gestações anteriores.

*Descobri na minha primeira gestação, no pré-natal. (P1).*

*Eu descobri há 13 anos, quando estava grávida do meu primeiro filho. (P6).*

Dessas, quatro participantes descobriram a soropositividade para o HIV por meio do teste rápido oferecido nas Unidades Básicas de Saúde, por terem apresentado algum sinal ou sintoma que pudesse sugerir a infecção ou mesmo por comportamento de risco da própria mulher, conforme depoimentos a seguir:

*Descobri há dois anos e meio, num teste rápido, em uma Unidade Básica. Depois que a camisinha estourou, uns meses depois, senti vontade de fazer o teste. Deu positivo. (P4).*

*Saiu um caroço no meu pescoço. Aí, fui ao médico, e ele me pediu uns exames, apareceu o HIV. (P10).*

No que se refere ao sentimento expressado pelas mulheres entrevistadas após o recebimento do diagnóstico, o medo manifestou-se nas entrevistas de nove mulheres. Esse medo seria o da morte, de compartilhar esse resultado com outras pessoas e da transmissão vertical do HIV ao filho, como nos fragmentos a seguir:

*Eu olhava para os meus filhos e pensava que a qualquer momento eu ia morrer, que não ia ver crescer. E o que ia nascer? Quem ia cuidar dele? (P8).*

*Eu tive medo de morrer e não poder cuidar do meu filho [...] tinha medo do preconceito da minha família, mas ia chegar uma hora que eu ia ter que contar. (P6).*

Os resultados mostraram que 11 participantes revelaram o resultado ao parceiro.

*Meu parceiro sabe, meus filhos e minha mãe. (P3).*

*Quando recebi a notícia, falei logo pra ele, não quis esconder. (P6).*

Em relação ao compartilhamento do diagnóstico com a família, apenas uma mulher afirmou não ter revelado a sua soropositividade, como expressou na entrevista:

*Por isso, não quero nem acompanhante [...] ninguém sabe. Meu marido sabe, mas não é portador. O pior é você não poder contar às pessoas que moram com você. Você sente vontade de chorar e não poder [...] ter que ficar o tempo inteiro inventando histórias. (P1).*

No que tange à revelação do diagnóstico às pessoas íntimas, como amigos e parentes próximos, nove participantes afirmaram que, após confidenciar a situação, puderam contar com algum tipo de apoio.

*Minha mãe, madrinha e meus sogros sabem. Nos dão muito apoio. (P4).*

*Minha sogra me apoia muito, tanto psicológica como fisicamente. Ajudava muito, até mesmo cuidando do meu filho. (P1).*

Os resultados apontam que as 12 participantes possuíam conhecimentos sobre as diversas formas de transmissão do HIV, principalmente por meio da via sexual. Entre os relatos, surgiram a transfusão de sangue, material contaminado com sangue, uso de drogas por compartilhamento de seringas, tatuagens em locais inadequados, possibilidade de uso de material não esterilizado e pelo aleitamento materno. Os trechos a seguir são ilustrativos:

*O vírus é transmitido pela amamentação, sexo sem preservativo, transfusão de sangue. É uma doença que mexe com a imunidade. (P1).*

*Sei que pelo leite da mãe, material de manicure, injeções sem agulha esterilizadas e sexo sem proteção. (P11).*

Todas as participantes afirmaram que o único tipo de exposição ao vírus foi a sexual e acreditavam que esta foi a forma como se contaminaram, conforme recorte a seguir:

*Eu acho que eu contrai durante a relação, porque o pai da minha segunda filha era usuário de drogas, entendeu? E eu também não usava preservativo com ele. (P2).*

*Eu acho que peguei de um namorado antigo que já até morreu. Soube anos depois que ele morreu de Aids. (P11).*

Todas as entrevistadas afirmaram ter conhecimento do risco de transmissão do HIV por meio do contato sexual desprotegido. Destaca-se que essas mulheres afirmaram não utilizar o preservativo de forma regular, como evidenciado a seguir.

*Como ele não gosta de usar camisinha e para não deixar ele chateado, eu não insisto. (P4).*

*Nem sempre dá para usar. Quando eu tenho em casa, eu uso, mas quando não tenho, não deixo de transar por causa disso. (P8).*

*Nunca usei camisinha, porque meus parceiros nunca quiseram usar e eu também nunca insisti. Também sou culpada. (P12).*

Destaca-se que dez participantes possuíam relações monogâmicas. Dessas, oito permaneceram com os parceiros que, segundo elas, foram responsáveis pela transmissão do vírus.

*Estamos juntos há muitos anos, eu gosto dele. Quando soube, fiquei muito revoltada, me senti traída, mas não vou me separar dele. (P9).*

Duas participantes do estudo romperam com a relação e atualmente vivem outros relacionamentos com parceiros que não são portadores do HIV.

*Depois que eu descobri que eu peguei dele, acabou. Não aguentei, foi muita pressão. (P6).*

*Não foi o meu marido atual que me transmitiu, foi o pai do meu filho mais velho. Eu me separei dele. (P2).*

As oito mulheres que tinham conhecimento do diagnóstico da soropositividade ao HIV antes de engravidar procuraram imediatamente o serviço de saúde para iniciar o pré-natal, pois possuíam

conhecimento dos riscos da transmissão vertical e das medidas profiláticas que deveriam ser utilizadas. Elas afirmaram que receberam essas informações no acompanhamento pré-natal de gestações anteriores ou da atual e dos serviços de saúde onde faziam acompanhamento.

*Minha carga viral estava baixinha, né? Nem teve problema, resolveram fazer parto normal, mas poderiam ter feito cesárea se estivesse alta. (P5).*

Os resultados evidenciaram que, dentre todas as informações recebidas no acompanhamento pré-natal de gestações anteriores ou da atual, todas as participantes tinham ciência da impossibilidade da amamentação.

*Não posso dar o peito para ele, porque, no leite, tem a minha doença. (P7).*

No tocante ao desejo de amamentar e à impossibilidade do ato pela infecção, destacaram-se sentimentos como frustração e tristeza.

*Senti muita vontade, é uma coisa única. O leite materno é muito importante para a criança. (P4).*

*Mas é o sonho de toda mãe, né? Amamentar seu neném. É triste. (P2).*

Ressalta-se que três mulheres afirmaram que haviam tido experiências anteriores de amamentar seus filhos mais velhos e referiram o sentimento de angústia e frustração diante da impossibilidade de amamentar esse novo bebê.

*Amamentei os dois filhos mais velhos e foi ótimo, foi muito bom! Não tive nenhum problema para amamentar, era muito bom! (P2).*

*Quando você nunca amamentou, acho que é mais fácil, porque você nunca teve aquela sensação boa de amamentar. Agora, quando você já amamentou, é pior. (P8).*

Uma das participantes afirmou nunca ter desejado amamentar anteriormente. Entretanto, quando tomou ciência de sua impossibilidade de amamentar seu filho, referiu sentir tristeza.

*Eu já tinha decidido com meu marido que não iria amamentar, mas, quando fiquei sabendo que era soropositiva e não poderia, me senti muito mal por não ter escolha. (P3).*

O constrangimento foi mais um sentimento referido por três mulheres, por estarem sendo criticadas por familiares e pessoas do seu convívio social por não poderem oferecer o seio materno ao filho.

*Todo mundo ficava perguntando, acabavam que eu não queria amamentar de ruindade, mas só eu mesma sabia por que não podia amamentar. (P1).*

*Difícil foi convencer a família, porque ficavam perguntando. Comecei a inventar doenças. Diziam que eu tinha que amamentar. (P11).*

Constatou-se que o fato de presenciarem a amamentação vivenciada por outras mulheres, no cenário do alojamento conjunto, trouxe igual sofrimento às mulheres que estão diante desse drama.

*Por mais que eu queira o bem dele, é uma coisa que você vê todo mundo dando de mamar. E, às vezes, ele não quer dormir, você tem que ficar enganando, pra lá e pra cá, porque não pode colocar no peito como elas. (P1).*

Apesar de reconhecerem os benefícios do aleitamento materno e desejarem amamentar, todas afirmaram que irão adotar todos os cuidados necessários e seguir as recomendações em relação à profilaxia de transmissão vertical do HIV, especialmente no que se refere à amamentação, em função de proteger a saúde e a integridade do seu filho.

*Eu acho ruim, mas fazer o quê? É para o bem dele, eu prefiro que ele não mame. Dentro do possível e do impossível, eu vou fazer pra ele ficar bem. (P8).*

*Entendo o porquê, mas é uma vontade que a gente tem, né? Primeiro, eu penso em fazer o bem dele. Ele não tem culpa pelo o que a gente passa. (P4).*

Como forma de compensar o sentimento de culpa e frustração por não amamentar e desempenhar aquilo que acreditam ser parte essencial da maternidade, seis participantes afirmaram que irão reforçar seus cuidados como forma de compensar esse sentimento.

*Ele não toma meu leite, mas eu o amamento, sou eu que cuido dele, dou a mamadeira. Estou fazendo isso para o bem dele, isso que é importante. (P7).*

*Vou fazer o meu melhor para ele e dar muito carinho. Sei que não dar o leite do meu peito é o melhor para ele. (P6).*

## Discussão

As características socioeconômicas encontradas são semelhantes às de outros estudos relacionados às mulheres vivendo com HIV<sup>(10-13)</sup>. As mais suscetíveis são as que possuem baixa escolaridade, cor preta ou parda, vivem em regime de união estável e têm baixa renda familiar.

Quanto aos antecedentes obstétricos, estudo espanhol<sup>(14)</sup> revelou resultado semelhante ao deste, ao apontar que a maioria era multípara, possuía filhos, não planejou a gravidez e utilizava eventualmente o preservativo como método contraceptivo.

A descoberta do diagnóstico soropositivo para HIV foi divergente para as entrevistadas. Para umas, o resultado foi revelado na gestação atual ou passada durante a realização do pré-natal ou no parto. Para outras, ocorreu durante a realização de exames ou por terem apresentado algum sinal ou sintoma que pudesse sugerir a infecção.

A gravidez é um período de alterações físicas, hormonais, psicológicas e sociais e, como tal, desenvolve-se em um contexto social e cultural. O mesmo ocorre no puerpério, pois a chegada de um filho traz diversas mudanças para a vida da mulher e na forma como ela percebe a si mesma e o mundo. Essa situação pode despertar ansiedades, medos e insegurança diante dessa nova etapa de vida<sup>(15)</sup>.

Para as mulheres que tiveram conhecimento da sua soropositividade no período gestacional, os sentimentos aflorados na revelação desse diagnóstico, como a tristeza, a negação da própria doença, o medo da morte e da transmissão do vírus ao futuro filho, a revelação do diagnóstico a pessoas do seu convívio e a angústia por estarem impossibilitadas de amamentar, foram semelhantes aos relatados em outros estudos<sup>(16-17)</sup>.

Os resultados desta pesquisa apontam que o acesso das mulheres ao diagnóstico da infecção pelo HIV deu-se, em sua maioria, durante o pré-natal, fato que reforça a importância desse acompanhamento e da capacitação profissional para lidar com essa problemática<sup>(12)</sup>. Reforça-se que, nas consultas de pré-natal, as mulheres devem realizar o teste rápido de HIV e/ou a sorologia anti-HIV na primeira consulta e no terceiro trimestre da gestação<sup>(3)</sup>.

Para as participantes que tiveram a revelação do diagnóstico do HIV por meio de testes rápidos realizados nas Unidades Básicas de Saúde, assim que souberam da gravidez, procuraram rapidamente a unidade de saúde para realizar as

consultas de pré-natal e prevenir contra os riscos de transmissão vertical.

Essa situação destaca a importância dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde no que se refere à escuta aberta e sensível nas consultas ginecológicas, a fim de observar vulnerabilidades e oferecer os testes rápidos de detecção do HIV, sífilis, hepatites B e C. A atenção básica é um campo propício para o desenvolvimento do aconselhamento em IST/HIV<sup>(3)</sup>.

Em relação ao compartilhamento do diagnóstico, a maioria das participantes revelou seu diagnóstico aos parceiros. As que possuíam parceiro fixo, permaneceram no relacionamento após o diagnóstico de soropositividade, mesmo tendo ciência de que o homem foi o responsável pela infecção. Para essas mulheres, o diagnóstico do HIV revelou a infidelidade do parceiro associada ao diagnóstico do HIV, que também foi encontrada em um estudo<sup>(18)</sup> a respeito da vivência da sexualidade de pessoas que vivem com HIV. A autora entrevistou homens e mulheres que descobriram o diagnóstico do HIV associado a comportamentos de infidelidade e terminaram seus relacionamentos após a descoberta sorológica.

A maioria das participantes afirmou ter revelado seu diagnóstico aos familiares e amigos próximos e ter recebido o apoio necessário. Estudo realizado em Pelotas (RS)<sup>(17)</sup> apontou que essa decisão não é fácil, uma vez que compartilhar essa situação com outras pessoas pode afastá-las da convivência social, por ser ainda uma infecção fortemente marcada pelo preconceito e estigma. O medo de isolamento social, o afastamento de amigos e familiares e a perda do emprego fazem com que, muitas vezes, haja o silêncio acerca da condição sorológica, o que também contribui para o não acesso aos recursos disponíveis na rede de saúde<sup>(19)</sup>.

Chama a atenção o fato de a maioria não ter planejado a gravidez, mesmo tendo conhecimento do diagnóstico da soropositividade ao HIV. Essa situação evidencia o uso inadequado do preservativo e a não utilização de outros métodos contraceptivos. Este estudo reitera que as desigualdades de poder nas relações estáveis

entre os casais determinam, muitas vezes, a dificuldade da mulher em negociar com o parceiro o uso do preservativo, fazendo com que estejam mais expostas ao risco. Um estudo<sup>(20)</sup> corroborou esse fato, ao identificar que a maioria das mulheres grávidas entrevistadas tinha ciência do seu *status* sorológico ao HIV e engravidou sem planejamento.

As participantes tinham conhecimento sobre as formas de transmissão vertical ao HIV antes de se infectar, especialmente a sexual, e também das medidas profiláticas que deveriam adotar na gravidez. Esta última tendo sido informada durante as consultas de pré-natal. Estudo<sup>(20)</sup> corroborou esse resultado quando revelou que as participantes conheciam todas as formas de transmissão do HIV, inclusive a impossibilidade de amamentar. No entanto, outro estudo<sup>(17)</sup> divergiu desse resultado, ao apontar que as gestantes participantes possuíam um déficit grande de conhecimento a respeito da transmissão vertical do HIV. Essa situação reacende o papel do enfermeiro na implementação de ações de educação em saúde, como forma de refletir sobre as questões de gênero e saúde, desmistificando mitos e estereótipos acerca da infecção.

Estudo realizado no Pará, com o objetivo de conhecer a visão da puérpera quanto à não amamentação<sup>(15)</sup>, confirma os resultados desta pesquisa quando revela que o fato de a mulher não amamentar a afasta dos padrões de normalidade da maternidade e do imaginário popular do que se espera dela, causando intenso sofrimento psíquico e moral, principalmente naquelas mulheres que tiveram a possibilidade de amamentar seus filhos em gestações anteriores. No entanto, chama a atenção o estudo realizado na Bahia, com mulheres soropositivas para o HIV<sup>(16)</sup>, que afirmou a decisão de algumas delas de amamentar seus filhos, mesmo tendo conhecimento do estado sorológico. A motivação sustenta-se nos benefícios do aleitamento para a saúde da criança, superando os riscos de transmissão do HIV.

Essa situação reforça a recomendação da Organização Mundial de Saúde<sup>(6)</sup>, quando afirmou que mulheres que vivem com HIV e estão em

terapia antirretroviral podem amamentar exclusivamente até os seis meses de vida. Isso revela que, se a mulher estiver em uso assíduo da terapia antirretroviral, o risco de transmissão do HIV é de 0,5%<sup>(6)</sup>. Estudos internacionais possuem resultados reveladores referentes a riscos mínimos de transmissão vertical em mulheres vivendo com HIV e que amamentaram seus recém-nascidos<sup>(4,21)</sup>.

Apesar de todas as mulheres deste estudo considerarem os benefícios do aleitamento materno, afirmaram que compreendiam os riscos e não pretendiam amamentar. Um fator que propicia essa grande adesão das mulheres soropositivas ao HIV às medidas preventivas da transmissão vertical é a preocupação em proteger o filho, pois o leite materno passa a representar um risco à saúde do recém-nascido. Portanto, elas compreendem que a proteção, nesse momento, é não amamentar.

Faz-se necessário que os enfermeiros conheçam e compreendam as vivências e o contexto social da mulher para embasar suas ações e prestar o cuidado. Isso significa que a atenção à mulher soropositiva ao HIV deve ir além dos aspectos biológicos e reprodutivos, atentando para a subjetividade, com vistas a compreender os múltiplos significados da gravidez e da amamentação para cada uma.

O estudo apresentou limitações quanto ao número reduzido de participantes. No entanto, os resultados evidenciaram um panorama dos desafios que fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, que ocupam um papel de extrema relevância na assistência à mulher vivendo com HIV no ciclo gravídico-puerperal.

## Conclusão

Este estudo permitiu concluir-se que as participantes reconheceram os benefícios da amamentação e, mesmo que tristes e frustradas diante da impossibilidade de amamentar, transcendiam esses sentimentos, por proteção ao filho, reafirmando o papel atribuído pela sociedade

e cultura. Esse papel foi acrescido das diversas situações vivenciadas pelas mulheres, que reforçam as assimetrias de gênero relacionadas à reprodução e maternidade, evidenciando suas vulnerabilidades.

Finalmente, as conclusões reforçam a necessidade da reflexão sobre as formas de pensar e agir que possibilitam a construção de novas atitudes, com vistas a um cuidado individualizado e integral, articulado com outros serviços de saúde pautados no acolhimento à mulher.

## Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Cláudia Lima de Oliveira, Maria Beatriz de Assis Veiga;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Selma Villas Boas Teixeira, Leila Rangel da Silva e Cristiane Rodrigues da Rocha;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Selma Villas Boas Teixeira e Ana Paula Assunção Moreira.

## Referências

1. UNAIDS Brasil. Estatísticas Globais sobre HIV [Internet]. Brasília (DF); 2019 [cited Dec 12]. Available from: <https://unaids.org.br/estatisticas/>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. HIV/AIDS 2018. Bol Epidemiol [Internet]. Brasília (DF); 2018 [cited 2019 Nov 25];49(53):1-72. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. Brasília (DF); 2019 [cited 2019 Nov 25]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>

4. Mugwaneza P, Lyambabaje A, Umubyeyi A, Humuza J, Tsague L, Mwanyumba F, et al. Impact of maternal ART on mother-to-child transmission (MTCT) of HIV at six weeks postpartum in Rwanda. *BMC Public Health*. 2018;18(1248). DOI: doi.org/10.1186/s12889-018-6154-6
5. Etowa J, MacDonald S, Hannan J, Phillips JC, Boadu NY, Babatunde S. Sociocultural factors influencing infant-feeding choices among African immigrant women living with HIV: a synthesis of the literature. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2018 Apr;30(4):208-35. DOI: 10.1097/JXX.000000000000014
6. World Health Organization. United Nations Children's Fund. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV [Internet]. Geneva; 2016 [cited 2019 Oct 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-eng.f;jsessionid=550A1EBD39F33A4E989E6B1B96278116?sequence=1>
7. Chaponda A, Goon DT, Hoque ME. Infant feeding practices among HIV-positive mothers at Tembisa hospital, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2017 Jul;9(1):e1-e6. DOI: 10.4102/phcfm.v9i1.1278
8. Silva MN, Facio BC, Sarpí LL, Bussadori JCC, Fabbro MRC. Amamentação em foco: o que é publicado nas revistas femininas no Brasil? *REME Rev Min Enferm*. 2018;22:e-1113. DOI: 10.5935/1415-2762.20180041
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 6a ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
10. Sousa CP, Piantino CB, Queiroz CA, Maia MAC, Fortuna CM, Andrade RD. Incidência de transmissão vertical do HIV entre gestantes soropositivas cadastradas em um serviço de referência regional. *J res fundam care online* 2016;8(2):4526-37. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4526-4537
11. Lima SKSS, Sousa KKB, Costa SL, Rodrigues ARM, Rodrigues IR. Caracterização das gestantes com HIV/AIDS admitidas em hospital de referência. *Sanare [Internet]*. 2017 [cited 2019 Sep 25];16(1):45-51. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1093/604>
12. Silva CM, Alves RS, Santos TS, Bragagnollo GR, Tavares CM, Santos AAP. Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 1):568-76. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0495
13. Galvão JMV, Vieira FS, Galvão JV, Costa ACM. Coinfecção em portadores de HIV/AIDS de um serviço de atendimento especializado do interior maranhense. *J Res Fundam Care Online*. 2019;11(4):1103-10. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1103-1110
14. Hernando V, Alejos B, Montero M, Pérez-Elias MJ, Blanco JR, Giner L, et al. Reproductive history before and after HIV diagnosis: a cross-sectional study in HIV-positive women in Spain. *Medicine*. 2017;96(5):e5991. DOI: 10.1097/MD.0000000000005991
15. Lima CN, Rêgo HCLJ, Moraes LP. Aleitamento materno: a visão de puérperas soropositivas para HIV e HTLV quanto a não amamentação. *Nursing [Internet]*. 2019 [cited 2019 Feb 15];22(248):2520-3. Available from: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/248/pg35.pdf>
16. Teixeira MA, Paiva MS, Couto PLS, Oliveira JF, Wolter RMCP. Sentimentos de mulheres soropositivas acerca da não amamentação. *Rev baiana enferm*. 2017;31(3):e21870. DOI: 10.18471/rbe.v31i3.21870
17. Rahim SH, Gabatz RIB, Soares TMS, Milbrath VM, Schwartz E. Gestantes e puérperas soropositivas para o HIV e suas interfaces de cuidado. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(suppl 10):4056-64. DOI: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201707
18. Sá AAM, Santos CVM. A vivência da sexualidade de pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psicol cienc prof*. 2018 Oct/Dec;38(4):773-86. DOI: 10.1590/1982-3703000622017
19. Bastos RA, Bellini NR, Vieira CM, Campos CJG, Turato ER. Fases psicológicas de gestantes com HIV: estudo qualitativo em hospital. *Rev Bioét*. 2019;27(2):281-8. DOI: 10.1590/1983-80422019272311
20. Arruda SFA, Henriques AHB, Trigueiro JVS, Pontes MGA, Lima EAR, Torquato IMB. Desvelando o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da transmissão vertical do HIV. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10(suppl 3):1441-9. DOI: 10.5205/reuol.7057-60979-3-SM-1.1003sup201612

21. Etoori D, Kerschberger B, Staderini N, Ndlangamandla M, Nhlabats B, Jobanputra K, et al. Challenges and successes in the implementation of option B+ to prevent mother-to-child transmission of HIV in southern Swaziland. *BMC Public Health*. 2018;18(1):374. DOI: 10.1186/s12889-018-5258-3

Recebido: 5 de março de 2020

Aprovado: 7 de abril de 2020

Publicado: 15 de julho de 2020



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).  
Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais.  
Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais,  
os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.