

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
BACHARELADO EM MEDICINA**

ILARY GONDIM DIAS SOUSA

**ALÉM DO DIAGNÓSTICO: UMA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O
SOFRIMENTO PSÍQUICO EM MÃES PORTADORAS DE HIV**

**JOÃO PESSOA, PB
2023**

ILARY GONDIM DIAS SOUSA

**ALÉM DO DIAGNÓSTICO: UMA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O
SOFRIMENTO PSÍQUICO EM MÃES PORTADORAS DE HIV**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal
Da Paraíba para obtenção do título de bacharelado
em Medicina.

Orientadora: Prof. Dra. Valderez Araújo de Lima
Ramos

**JOÃO PESSOA - PB
2023**

**Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

S725a Sousa, Ilary Gondim Dias.

Além do diagnóstico: Uma revisão da literatura
sobre o sofrimento psíquico em mães portadoras de HIV /
Ilary Gondim Dias Sousa. - João Pessoa, 2023.
43 f. : il.

Orientação: Valderez Araújo de Lima Ramos.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Sofrimento psíquico. 2. Maternidade. 3. HIV. I.
Ramos, Valderez Araújo de Lima. II. Título.

UFPB/CCM

CDU 613.86(043.2)

ILARY GONDIM DIAS SOUSA

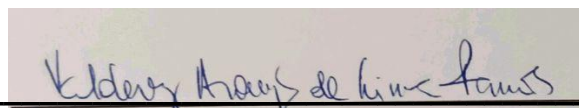
ALÉM DO DIAGNÓSTICO: UMA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO EM MÃES PORTADORAS DE HIV

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Ciências Médicas
da Universidade Federal Da Paraíba para
obtenção do título de bacharelado em
Medicina.

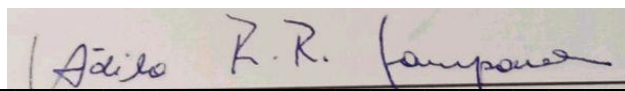
Orientadora: Prof. Dra. Valderez Araújo de
Lima Ramos

Aprovado em: 07 de dezembro de 2023.

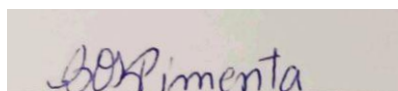
BANCA EXAMINADORA



*Profa. Dra. Valderez Araújo de Lima Ramos
CCM - Universidade Federal da Paraíba*



*Profa. Ma. Ádila Roberta Rocha Sampaio
Hospital Universitário Lauro Wanderley*



*Profa. Ma. Luana Dias Santiago Pimenta
Hospital Universitário Lauro Wanderley*

Dedico este trabalho ao bom Deus, que me conduziu até aqui, e a todas as mães portadoras de HIV, um incomparável exemplo de força e superação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Heliana de Lourdes e Joacy Dias por serem exemplo de bondade, vivacidade e dedicação em minha vida.

Agradeço a toda minha família, sempre sorridente e vivaz, um apoio certo nos momentos mais tenebrosos.

Agradeço a meus professores que se dedicaram para passar em tão pouco tempo o fruto de anos de estudos.

Agradeço a Joseph Anderson por ter convertido completamente minha visão sobre o cuidado, sobre a vida e ter me presenteado com tão bons amigos.

Agradeço a Deus pela minha vida e pelos pacientes que já passaram e ainda passarão por ela. A eles devo a imensa graça e alegria de exercer o cuidado com o próximo como ofício.

RESUMO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um agente primeiramente registrado nos anos de 1977 e 1978 no Haiti, Estados Unidos e África Central. Hoje, ele atinge cerca de 39 milhões de indivíduos no mundo, sendo 54% habitantes da região sul africana. Dentre esses, destaca-se as mães soropositivas, que muitas vezes são esquecidas pelas políticas públicas. Elas apresentam uma complexa interação de fatores causadores de sofrimento que impactam diretamente em seu bem-estar e no modo como vêem a maternidade. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi investigar na literatura as principais fontes de sofrimento psíquico de mães portadoras de HIV. Para isso, buscou-se nas bases de dados BVS, Lilacs, PMC e Scielo artigos publicados entre 2018 e 2023 que abordassem o tema, utilizando como combinações de descritores e operadores booleanos: “aleitamento” AND “HIV” e “breastfeeding” AND “HIV”. Os estudos resultantes foram submetidos a screening e aos seguintes critérios de exclusão: não abordagem do tema e grupo de estudo sem inclusão de mulheres portadoras de HIV com filhos vivos após o diagnóstico. Obteve-se 38 artigos, que foram classificados dentro de 6 temas relacionados às principais fontes de sofrimento do grupo estudado. Vale ressaltar, a predominância de estudos realizados no continente africano, provavelmente devido à alta prevalência no continente e aos baixos investimentos em pesquisas em outros locais. O tema mais abordado foi o sofrimento relativo às relações interpessoais, principalmente no que diz respeito ao abandono por entes queridos, estigma e pressão cultural. Também foram comuns os relatos de sintomas depressivos, ansiedade, tristeza por não amamentar e o medo da transmissão vertical. O sofrimento psíquico em mães portadoras de HIV é um tema ainda pouco estudado. Ele está presente em diversas culturas e é causado por diferentes fatores que contribuem, cada um a seu modo, para o adoecimento individual da paciente.

Palavras-chave: Sofrimento psíquico; Maternidade; HIV.

ABSTRACT

The human immunodeficiency virus (HIV) is an agent first identified in 1977 and 1978 in Haiti, United States and Central Africa. Today, it affects approximately 39 million individuals worldwide, with 54% being inhabitants of the south african area. Among these, mothers with HIV are emphasized as they are often forgotten by public policies. They exhibit a complex set of factors causing mental suffering which impacts directly on their well-being and how they perceive motherhood. Thus, the objective of this study was to investigate the main sources of psychological suffering for mothers living with HIV in the literature. To do so, articles published between 2018 and 2023 addressing the topic were sought in databases such as BVS, Lilacs, PMC, and Scielo, using the following combinations of descriptors and Boolean operators: 'breastfeeding' AND 'HIV' and 'aleitamento' AND 'HIV'. The resulting studies underwent screening and were subjected to the following exclusion criteria: lack of focus on the topic and study groups not including HIV-positive women with living children post-diagnosis. A total of 38 articles were obtained and classified into 6 themes related to the main sources of distress within the studied group. It is worth noting the predominance of studies conducted in Africa, probably because of the high prevalence in this continent and low research investments in the other ones. The most addressed theme was suffering related to interpersonal relationships, particularly concerning abandonment by loved ones, stigma, and cultural pressure. Reports of depressive symptoms, anxiety, sadness due to not breastfeeding and fear of vertical transmission were also common. Psychological suffering in mothers living with HIV remains a relatively understudied theme. It is present across diverse cultures and is caused by different factors, each one contributing in its own way to the individual patient's perception of illness.

Keywords: Psychological suffering; Maternity; HIV.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos	15
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Benefícios da amamentação para a mãe e o bebê	12
Tabela 2 - Artigos selecionados para revisão sistemática	17
Tabela 3 - Número de estudos realizados em cada continente	19
Tabela 4 - Relatos na íntegra retratando o sofrimento relativo à maternidade	21
Tabela 5 - Tabela 5 - Relatos na íntegra retratando o sofrimento nas relações interpessoais	25
Tabela 6 - Relatos na íntegra retratando o sofrimento relativo à saúde mental	27
Tabela 7 - Relatos na íntegra retratando o sofrimento relacionado ao uso da medicação	29
Tabela 8 - Relatos na íntegra retratando o sofrimento relativo à falta de recursos financeiros	31
Tabela 9 - Relatos na íntegra retratando o sofrimento relativo aos serviços de saúde	34
Tabela 10 - Relatos das pacientes retratando o sofrimento relativo aos serviços de saúde	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
<i>et al.</i>	<i>et alii</i> ou <i>et aliae</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PMC	Pubmed Central
Scielo	Scientific Electronic Library On-line

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 METODOLOGIA.....	14
3 RESULTADOS.....	17
4 DISCUSSÃO.....	20
4.1 Sofrimento com relação à maternidade.....	20
4.2 Sofrimento nas relações interpessoais.....	23
4.3 Sofrimento com relação à saúde mental.....	26
4.4 Sofrimento com relação ao uso da medicação.....	28
4.5 Sofrimento com relação à falta de recursos financeiros.....	30
4.6 Sofrimento com relação aos serviços de saúde.....	32
4.6.1 Estratégias para melhora dos serviços.....	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um agente relativamente novo e que atrai a atenção de estudiosos por todo o mundo. Os primeiros casos foram registrados nos anos de 1977 e 1978 no Haiti, nos Estados Unidos e na África Central. A enfermidade causada por esse agente começou a ser chamada por “Doença dos 5Hs” devido aos principais grupos de risco conhecidos na época: homossexuais, hemofílicos, haitianos, usuários de heroína e *hookers* (profissionais do sexo). (UNAIDS, 2022; CONTIN *et al.*, 2010; GRECO, 2008).

Devido à falta de investimentos, o primeiro teste para auxílio do diagnóstico a partir de anticorpos foi estabelecido apenas 7 anos depois, o que dificultou a contenção inicial da epidemia. Em 1987, foi descoberta a primeira droga para o combate da doença, a Zidovudina. Entretanto, a monoterapia era ineficaz e, na maioria dos casos, o diagnóstico da infecção resultava em óbito por doenças oportunistas, cujo manejo também era pouco conhecido na época. (FIOCRUZ, s.d.; SANTOS; CARVALHO; PINA, 2008).

O cenário começou a mudar apenas em 1996, com o estabelecimento da terapia tríplice antirretroviral, momento em que a sobrevivência saltou de 10,3 meses para mais de 52,4 anos. Infelizmente, já estava enraizada no imaginário popular a ideia de que o HIV era uma doença invariavelmente letal, principalmente após a divulgação em mídia do óbito de diversas celebridades devido a complicações da doença, como Cazusa e Herbert de Souza. (FIOCRUZ, s.d.; VAN SINGHEM *et al.*, 2010).

Hoje, a pandemia atinge aproximadamente 39 milhões de pessoas globalmente, com 54% dos casos concentrados na região sul africana. Nesse cenário pandêmico, o Brasil se destacou no combate ao vírus e no cuidado aos infectados. Desde 1991, o país distribui gratuitamente os medicamentos antirretrovirais e vem implementando diversas políticas para auxílio dos pacientes, incluindo as mães soropositivas, um grupo muitas vezes esquecido em outras partes do mundo. (FIOCRUZ, s.d.; UNAIDS, 2022).

Dentre as grandes conquistas brasileiras, é possível destacar a criação dos protocolos para seguimento dos recém-nascidos expostos ao HIV, a distribuição gratuita de fórmula infantil até os 6 meses pós-parto e o fornecimento de inibidores da produção láctea na própria maternidade. Essas medidas auxiliam no alívio do sofrimento dessas mulheres, originado de uma interação complexa entre diversos

fatores, sendo um dos principais o não aleitamento materno, que é proscrito em alguns países, como o Brasil e os Estados Unidos. (BRASIL, 2022a; CDC, 2023).

O aleitamento materno é um ato que, no imaginário popular, ficou enraizado como preceito básico para ser considerada uma boa mãe. Ele traz inúmeros benefícios psicológicos, uma vez que promove uma interação única entre a genitora e seu bebê e aumenta a confiança da mulher como cuidadora e nutriz. (ROCHA *et al.*, 2018). Vale ressaltar ainda os inúmeros benefícios físicos que advêm com a amamentação, tanto para a mãe quanto para o filho (vide tabela 1).

Tabela 1 - Benefícios da amamentação para a mãe e o bebê

Benefícios para a mãe	Benefícios para o bebê
Diminui risco de sangramento pós-parto	Maior aceitabilidade gastrointestinal
Diminui o risco de adquirir câncer de mama e ovários	Protege contra várias doenças, como pneumonia e diarreia
Acelera a perda de peso	Auxilia no desenvolvimento orofacial
Protege contra doenças cardiovasculares e osteoporose	Melhora o crescimento e o desenvolvimento

Fonte: Sociedade Goiana De Pediatria, 2018; Brasil, 2007.

Infelizmente, cerca de 150 mil mães tiveram uma contraindicação formal à amamentação entre 2000 e 2022 devido ao HIV só a nível do Brasil. (BRASIL, 2022b). Isso representa não apenas um desafio de saúde pública, mas também uma transformação profunda na experiência materna, impactando na sua saúde, na forma como ela encara o papel de cuidadora e na sua dinâmica familiar e emocional. É válido salientar que alguns países, principalmente africanos, não possuem protocolos definidos sobre a amamentação e isso é fonte de confusão e ansiedade nessas mulheres. (BRASIL, 2022a; PAIM; SILVA; LABREA, 2008).

Vale destacar, porém, que o sofrimento de uma mãe portadora de HIV vai muito além da presença ou não da amamentação. Ele engloba também o medo da transmissão vertical, o martírio da estigmatização e preconceito, o abandono pelos entes queridos, a culpa advinda da falsa crença de que a doença foi autoinfligida e a necessidade urgente de adesão à terapia antirretroviral. (DOS SANTOS *et al.*, 2021; ALVARENGA *et al.*, 2019; CONTIN *et al.*, 2010).

Aquelas que, por medo da rejeição, escondem seu diagnóstico de indivíduos próximos enfrentam uma sobrecarga emocional ainda maior, sendo comum o

sentimento de desespero, tristeza e dor. (BASTOS *et al.*, 2019). Além disso, ao buscar apoio dentro do sistema de saúde, raramente encontram profissionais preparados para ofertar o amparo psicológico necessário. Vários serviços, principalmente os de locais mais remotos, carecem de insumos básicos e de um zelo maior com o sigilo médico. Tudo isso aumenta a ansiedade e gera situações de atrito com os profissionais. (DOS SANTOS *et al.*, 2021; HAMILTON *et al.*, 2020).

Tendo em vista esse cenário, o presente estudo teve como objetivo investigar na literatura as principais fontes de sofrimento psíquico de mães portadoras de HIV ao redor do mundo, principalmente no que diz respeito a aspectos típicos da maternidade dessas mulheres, como o aleitamento materno e o medo da transmissão vertical. Com isso, espera-se possivelmente fomentar a execução de novos estudos e a busca por soluções.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, qualitativo e observacional do tipo revisão sistemática da literatura. Foi realizada a busca de artigos nas seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed Central (PMC), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library On-line (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs).

Para isso, foram utilizadas diferentes combinações de palavras-chaves, indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e operadores booleanos: “*breastfeeding*” AND “*HIV*”, em inglês, e “*aleitamento*” AND “*HIV*”, em português. As palavras-chave foram selecionadas após busca primária na literatura com o objetivo de verificar os descritores com maior abrangência de artigos.

Foram testadas e excluídas as seguintes combinações: “*mother*” AND “*HIV*”; “*mental suffering*” AND “*HIV*”; e, “*puerperium*” AND “*HIV*”. A eliminação ocorreu pela falta de artigos, no caso das duas primeiras combinações usadas, ou devido ao fato dos estudos resultantes apresentarem fuga ao tema ou abordarem populações distintas do foco do presente estudo, no caso da terceira combinação.

A busca e seleção dos artigos foi realizada de julho a outubro de 2023 e, após a pesquisa em cada base de dados com as combinações descritas, foi aplicado o filtro de tempo de 2018 a 2023 para garantir a seleção dos estudos mais atuais. Depois disso, foi realizado o screening dos títulos e resumos de cada um para selecionar aqueles que seriam lidos na íntegra.

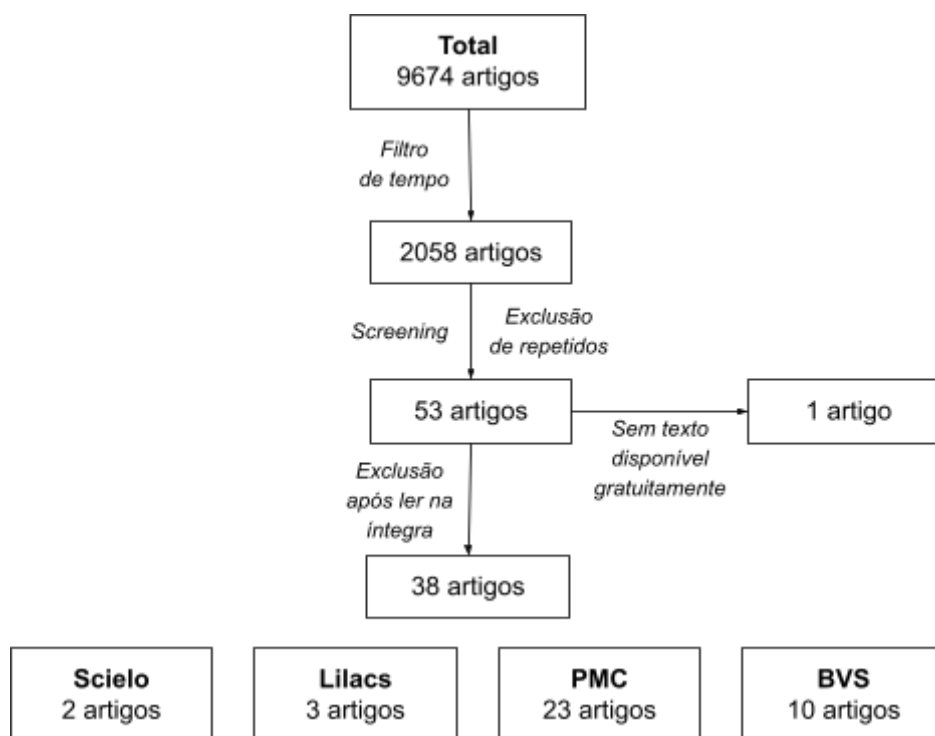
Foram excluídos os artigos que não abordassem o tema estudado e aqueles cujos participantes diferiram da população alvo desta revisão (mulheres soropositivas com pelo menos um filho vivo após o diagnóstico da doença). Também foram excluídos os artigos de revisão, editoriais, cartas ao editor e estudos de caso.

Procedeu-se à anotação dos títulos e autores selecionados em tabelas no Google Documentos com posterior exclusão dos que se repetiram em mais de uma base de dados. Por fim, os textos na íntegra foram salvos em formato PDF. No caso dos artigos não disponíveis gratuitamente, realizou-se contato via email com o autor principal e excluídos os artigos que não foram disponibilizados.

No total, foram encontrados 9674 artigos que, após aplicar o filtro de tempo, tornaram-se 2058. Após o passo a passo metodológico inicial (que pode ser observado na figura 1 abaixo), obteve-se 53 artigos. Desses, 14 foram excluídos

devido à fuga ao tema e 1, por não ter sido possível acessá-lo gratuitamente online. A figura 1 apresenta o fluxograma da seleção de artigos.

Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos



Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2023.

Durante o processo de leitura na íntegra dos selecionados, as informações mais importantes eram anotadas em arquivo específico do Google Documentos. Após isso, foram estabelecidos temas maiores relacionados às principais fontes de sofrimento psíquico das mães portadoras de HIV e cada artigo foi alocado em um ou mais desses temas. São 6 no total:

1. Sofrimento com relação à maternidade
 - a. Nesse tema, foram abordados os seguintes tópicos: o medo da transmissão vertical, o sentimento de culpa por acreditar que a doença foi autoimposta, a frustração pelo diagnóstico, a incapacidade de viver uma maternidade como esperado, o conflito entre o desejo e a impossibilidade de amamentar, além da tristeza pela falta dos benefícios do aleitamento, tanto para si como para seu filho
2. Sofrimento nas relações interpessoais

- a. Foram abordados: a estigmatização e o sofrimento atrelado a ela, a pressão sociocultural, o velamento do diagnóstico e o abandono por entes queridos
- 3. Sofrimento com relação à saúde mental
 - a. Foram abordados: a presença de sintomas depressivos, a ansiedade, o medo da morte, a melancolia e a baixa autoestima
- 4. Sofrimento com relação ao uso da medicação
 - a. Foram abordados: o medo e o sofrimento físico devido aos efeitos adversos das medicações, além da angústia causada pela notícia de um tratamento vitalício inesperado
- 5. Sofrimento com relação à falta de recursos financeiros
 - a. Foram abordados: a necessidade de permanecer em uma relação conflituosa devido à dependência financeira e os problemas econômicos decorrentes do abandono e da falta de emprego
- 6. Sofrimento com relação aos serviços de saúde
 - a. Foram abordados: a falta de organização e de insumos, a quebra de sigilo, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e as relações conflituosas com os profissionais. Também foram elencadas soluções para melhora do cuidado aplicadas em alguns estudos.

Os achados com relação a cada tema foram sintetizados de modo a garantir uma visão ampla e um melhor entendimento sobre o sofrimento psíquico de mães portadoras do vírus HIV. No caso dos estudos qualitativos realizados através de entrevistas, foram selecionados os relatos que melhor permitiram a apreensão do tema abordado. Estes foram traduzidos ou transcritos na íntegra organizados em tabelas ao longo da discussão.

3 RESULTADOS

A base de dados com mais artigos foi a PMC, com um total de 23 artigos (60,5%), seguido da BVS (26,3%), Scielo (7,9%) e Lilacs (5,3%). Dentre os idiomas, o mais usado foi o inglês em um total de 35 estudos científicos (92,1%), enquanto os demais (7,9%) foram escritos em português.

Como é possível observar na tabela 1, a combinação de palavras-chave e operadores booleanos que mais resultou em artigos selecionados foi “breastfeeding” AND “HIV”, com um total de 35 artigos (92,1%). Dentre os temas descritos na seção de metodologia, o tema mais abordado foi o sofrimento nas relações interpessoais (tema 1), uma vez que 30 artigos (78,9%) faziam menção a ele. Isso ocorreu devido à alta prevalência do estigma e do preconceito contra o grupo estudado, ainda bastante presentes no mundo hoje.

Tabela 2 - Artigos selecionados para revisão sistemática

Código	Autores (Data)	Palavras-chave	Temas abordados
B1	Adeniyi <i>et al.</i> (2019)	“aleitamento” AND HIV	Temas 1 e 5
B2	Hamilton <i>et al.</i> (2020)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1, 2 e 6
B3	Hampanda <i>et al.</i> (2021)	“breastfeeding” AND “HIV”	Tema 1 e 3
B4	Harris <i>et al.</i> (2023)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 2, 3 e 6
B5	Ibu; Mhlongo (2021)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1, 2 e 6
B6	Kiwanuka <i>et al.</i> (2018)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1, 3 e 4
B7	Phasiki; Mathibe-Neke (2019)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1, 2, 3 e 6
B8	Samburu <i>et al.</i> (2021)	“breastfeeding” AND “HIV”	Tema 6
B9	Souza <i>et al.</i> (2019)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1 e 3
B10	Trafford <i>et al.</i> (2018)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1 e 6
L1	Hernandes <i>et al.</i> (2019)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 2, 3 e 6
L2	Mazuze <i>et al.</i> (2023)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 2, 3 e 5
P1	Bengtson <i>et al.</i> (2020)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1 e 3
P2	Bhushan <i>et al.</i> (2023)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1 e 3
P3	Boucoiran <i>et al.</i> (2023)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1, 2, 5 e 6
P4	Erekaha <i>et al.</i> (2018)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1, 3, 4 e 6
P5	Etowa <i>et al.</i> (2020a)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1 e 3

P6	Etowa <i>et al.</i> (2020b)	“breastfeeding” AND “HIV”	Tema 1
P7	Etowa <i>et al.</i> (2021)	“breastfeeding” AND “HIV”	Tema 1
P8	Horwood <i>et al.</i> (2019)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 5 e 6
P9	Jones <i>et al.</i> (2021)	“breastfeeding” AND “HIV”	Tema 3
P10	Kays <i>et al.</i> (2021)	“breastfeeding” AND “HIV”	Tema 6
P11	Kiirya <i>et al.</i> (2021)	“breastfeeding” AND “HIV”	Tema 1 e 6
P12	Lazenby <i>et al.</i> (2022)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1, 2 e 6
P13	Masereka <i>et al.</i> (2019)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1 e 6
P14	Mukose <i>et al.</i> (2021)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 3 e 6
P15	Nyati-Jokomo <i>et al.</i> (2019)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1, 2, 3, 4 e 6
P16	Nyatsanza <i>et al.</i> (2021)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1 e 2
P17	Sariah <i>et al.</i> (2019)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1, 4 e 5
P18	Sasse <i>et al.</i> (2022)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1, 3, 5 e 6
P19	Thome <i>et al.</i> (2021)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1, 2 e 3
P20	Topp <i>et al.</i> (2020)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1 e 6
P21	Tuthill <i>et al.</i> (2021)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1, 3 e 5
P22	Tuthill <i>et al.</i> (2019)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1, 2 e 3
P23	Umeobieri <i>et al.</i> (2018)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1 e 3
S1	Alvarenga <i>et al.</i> (2019)	“aleitamento” AND “HIV”	Temas 1 e 6
S2	Lima; Moraes; Rêgo (2019)	“aleitamento” AND “HIV”	Temas 1 e 2
S3	Mlambo; Peltzer (2020)	“breastfeeding” AND “HIV”	Temas 1 e 6

Fonte: Elaborado pelo autor, 2023.

Legenda: os códigos advêm da união da primeira letra da base de dados em que o artigo está contido (BVS - “B”, Lilacs - “L”, PMC - “P”, Scielo - “S”) e da posição ordinal do artigo conforme à ordem alfabética em relação ao nome do autor.

O segundo tema mais abordado foi o sofrimento relacionado aos cuidados em saúde com um total de 20 artigos (52,6%). Em ordem decrescente, encontra-se o sofrimento relacionado à saúde mental (19 artigos, 50,0%), à maternidade (13 artigos, 34,2%), à falta de recursos financeiros (6 artigos, 15,8%) e ao uso da medicação (4 artigos, 10,5%).

Por fim, no que diz respeito ao local em que o estudo foi realizado, é possível observar que existe clara predominância do continente africano. Isso provavelmente

se deve à alta prevalência da doença no continente e à concomitante falta de investimentos em pesquisas relacionadas ao tema em outros locais do mundo. Entretanto, vale destacar que, proporcionalmente, a distribuição de artigos por continente condiz com a distribuição do HIV pelo mundo.

Tabela 3 - Número de estudos realizados em cada continente

Continente	Números de estudos
África	27
América do Sul	5
América do Norte	7
Europa	1
Ásia e Oceania	0
TOTAL	40*

Fonte: Elaborado pelo autor, 2023.

*O total não condiz com o número de artigos selecionados, pelo fato de alguns estudos terem acontecido através da comparação de dados entre dois continentes

4 DISCUSSÃO

4.1 Sofrimento com relação à maternidade

Uma das mais importantes fontes de sofrimento para essas mães tem relação à amamentação. Em alguns países, como o Brasil e os Estados Unidos, os protocolos de saúde recomendam a contraindicação total da amamentação, mesmo nos casos em que a paciente tem a carga viral indetectável e faz uso regular da medicação. É possível perceber na literatura que cada cultura aborda o aleitamento de modo distinto e, em algumas, não amamentar é sinal explícito de HIV, o que leva à exclusão e à estigmatização da mulher, tornando tal ato praticamente insustentável. (TUTHILL *et al.*, 2019).

Para aquelas que decidem seguir as recomendações, é evidente a tristeza e a frustração por não amamentar. Esses sentimentos foram relatados por mais de 35% das participantes em todos os estudos que abordaram o tema, chegando a ser 100% em alguns. (SOUZA *et al.*, 2019; HARRIS *et al.*, 2023; LIMA; MORAES; RÊGO, 2019). No estudo de Nyatsanza *et al.* (2021), observou-se que 89% das mães praticariam a amamentação caso não possuíssem o vírus e cerca de 38% delas gostaria de ter a experiência de amamentar seu bebê caso o risco de transmissão fosse menor que 1%.

Essa proibição muitas vezes colocava as mulheres em uma situação de ansiedade, pois temiam que a falta da amamentação impactasse negativamente na saúde de seu bebê e prejudicasse no fortalecimento do vínculo com seu filho. Essa preocupação era ainda mais prevalente entre mães que já haviam amamentado antes do diagnóstico de HIV. (TUTHILL *et al.*, 2019; BOUCOIRAN *et al.*, 2023). A incapacidade de proporcionar algo benéfico para o bebê devido a uma doença transmissível e incurável aumentava o sentimento de impotência e tristeza dessas mulheres, sendo descrito como o momento mais difícil do cuidado com o bebê. (ALVARENGA *et al.*, 2019; LAZENBY *et al.*, 2022).

O medo e a culpa pela possibilidade do menor adquirir a doença da mãe, mesmo sem a amamentação, também foram bastante mencionadas. Eles estiveram presentes na maioria dos artigos revisados, sendo ainda mais evidentes nas mães com um diagnóstico tardio ou naquelas que necessitaram amamentar pela falta de recursos financeiros para adquirir fórmula infantil nos países sem sistemas de fornecimento gratuito, como o Canadá. (NYATI-JOKOMO *et al.*, 2019; MAZUZE *et al.*, 2019; HAMILTON *et al.*, 2020).

Devido à falsa crença de que o HIV é uma doença autoinflingida, algumas mulheres apresentaram ainda a ideia de que a gravidez não era merecida, pois estariam submetendo um inocente ao risco de adquirir uma doença incurável. (NYATI-JOKOMO *et al.*, 2019). Unindo-se isso à proibição de oferecer o melhor alimento para seus filhos, ao medo da transmissão vertical, ao contato com outras mulheres “normais” desde a maternidade e ao julgamento destas, várias mães desenvolveram uma visão negativa de si mesmas e enfrentaram diversos problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão. (NYATSANZA *et al.*, 2021; HERNANDES *et al.*, 2019; PHAKISI; MATHIBE-NEKE, 2019).

A partir dos achados da literatura disponível, é possível observar que a vivência das mães soropositivas em relação à amamentação e à ausência dela é complexa e multifacetada, composta por uma interseção de desafios emocionais, sociais e de saúde. Abaixo são apresentados relatos traduzidos na íntegra de mães que apresentaram sofrimento relacionado à maternidade (Tabela 3).

Tabela 4 - Relatos na íntegra retratando o sofrimento relativo à maternidade

Artigo	Relato de vida
Alvarenga <i>et al.</i> (2019), p. 1155, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Era meu sonho amamentar, mas não pude. Teve um tempo quando meu filho era bem pequeno e eu coloquei ele no colo prestes a dar o seio. Aí me lembrei que eu não podia. Eu queria amamentar, meu filho chorava e eu disse pra mim: eu não posso! Eu deixei ele chorando porque eu não queria ver. Preferi sair dali.”</i>
Phasiki; Mathibe-Neke (2019), p. 30, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“É tão doloroso para mim que eu tive de privar meu bebê do amor devido ao HIV. Isso tornou minha vida difícil em vários aspectos... Já aceitei meu status, o que era outro contratempo. Me senti triste e até culpada quando precisei parar de amamentar. Foi como no dia em que me revelaram o diagnóstico da doença.”</i>
Thome <i>et al.</i> (2021), p. 256, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“É horrível (não ser capaz de amamentar), foi difícil. Ela (o bebê) era tão pequena e precisava tanto do leite materno. Eu me senti inútil, porque eu falhei em amamentar por conta de algo do passado. Você se sente culpada de estar machucando sua própria filha por algo que você fez há tempos atrás.”</i>

Tuthill *et al.* (2019), p. 6, “Se você tem acesso a qualquer tipo de mídia, lá diz tradução realizada pelo próprio autor *que o seio é o melhor, o seio é o melhor... É como se você já ouvisse a voz na sua cabeça. De repente, você tem essas mulheres a quem é dito “Seu corpo não é o melhor”. Isso é até mais estigmatizante.”* (Profissional da saúde)

Fonte: Alvarenga *et al.*, 2019; Phasiki; Mathibe-Neke, 2019; Thome *et al.*, 2021; Tuthill *et al.*, 2019.

4.2 Sofrimento nas relações interpessoais

A estigmatização acontece quando alguém é tratado de modo negativo por fazer parte de um certo grupo social, que é visto como inferior por causa de características específicas. (LEÃO; LUSI, 2021). No caso das mães portadoras de HIV, o diagnóstico muitas vezes é associado, no imaginário popular, a estigmas como má higiene, promiscuidade e infidelidade. Essa visão distorcida levou várias mulheres a desistirem do tratamento e acompanhamento em pré-natal especializado, temendo que seu diagnóstico fosse descoberto por conhecidos que frequentavam os serviços. (HAMILTON *et al.*, 2020; IBU; MHLONGO, 2021).

O sofrimento pelo estigma esteve presente em praticamente todos os estudos. Aquelas que tinham seu diagnóstico revelado eram alvo de comentários preconceituosos, isolamento social, conflitos, maus-tratos e abandono por parte do parceiro e da família. (LIMA; MORAES; RÊGO, 2019; SOUZA *et al.*, 2019; PHAKISI; MATHIBE-NEKE, 2019; TOPP *et al.*, 2020). No estudo de Umeobieri *et al.* (2018), cerca de 81% das mulheres relataram ter sofrido preconceito por membros próximos da família após revelarem seu diagnóstico.

Em algumas das sociedades estudadas, o estigma era tão prevalente que 100% das entrevistadas relataram ter sido alvo de alguma forma de discriminação ou comentário depreciativo. Por vezes, a mentalidade esteve enraizada de tal modo no imaginário popular que as pacientes enfrentaram um processo ainda mais doloroso de aceitação da doença devido ao sentimento de repulsa por si mesmas e à opinião pré-formada sobre os portadores do vírus, o que ocasionava sérios problemas de autoestima e saúde mental. (NYATI-JOKOMO *et al.*, 2019; HAMPANDA *et al.*, 2021; TUTHILL *et al.*, 2019).

Tanto pacientes quanto membros da sociedade, mantinham a ideia de que o HIV seria uma doença autoinflingida, sugerindo que os portadores, devido a um suposto estilo de vida promíscuo, mereceriam a doença como punição por suas escolhas de vida. Um dos estudos relatou o caso de uma vila onde se espalhou a ideia de que as pacientes com HIV recebiam melhor atendimento, uma vez que recebiam medicações gratuitas e tinham consultas pré-agendadas. Tal fato, unido à ideia de que o HIV foi resultado de uma “escolha de vida”, tornou as mães soropositivas alvo de desentendimentos e exclusão por toda a comunidade. (NYATI-JOKOMO *et al.*, 2019; MLAMBO; PELTZER, 2020).

Esse não foi um achado isolado. Em Hamilton *et al.* (2020), dois terços das pacientes se sentiam isoladas pela comunidade devido ao HIV e essa taxa chegou a ser tão alta quanto 80,9% no estudo de Umeobieri *et al.* (2018). Esse cenário é particularmente verdadeiro em distritos pequenos, onde as informações rapidamente se tornam conhecidas. Como consequência disso, algumas pacientes necessitam abandonar os estudos e até mesmo mudar de cidade para proteger a si e seus filhos, que também eram alvo de perseguição. (IBU; MHLONGO, 2021; BENGTSON *et al.*, 2020; KIWANUKA *et al.* 2018).

A pressão cultural exercida localmente era determinante na decisão sobre a alimentação do bebê. O ato de não amamentar, por si só, era definido como estigmatizante, uma vez que atraía olhares curiosos e questionamentos desde a internação na maternidade, levando-as a mentir sobre o motivo de não amamentarem. (ETOWA *et al.*, 2021; ETOWA *et al.*, 2020a; ALVARENGA *et al.*, 2019). Em Nyatsanza *et al.* (2021), 66% das mulheres precisaram inventar alguma justificativa para a não amamentação. Apesar dos riscos, algumas eram compelidas a amamentar motivadas pelo medo de serem reconhecidas como portadoras de HIV (realidade de 51,7% das entrevistadas no estudo de Boucoiran *et al.* (2023)) e pela pressão do marido e da família para esconder o diagnóstico. (ETOWA *et al.*, 2020b).

É importante destacar ainda que o abandono pelos entes queridos era algo muito frequente. Nos casos em que isso não acontecia, algumas se tornavam vítimas de coerção por parte da família e do companheiro. Em mais de um caso, a mulher foi coagida por esses a amamentar e a engravidar na tentativa de manter a doença em segredo. Outras relataram terem sido tratadas com repulsa, proibidas de fazer uso da terapia antirretroviral e forçadas a tomar ervas tradicionais sem segurança conhecida. (LAZENBY *et al.*, 2022; ADENIYI *et al.*, 2019; KIWANUKA *et al.*, 2018; EREKAHA *et al.*, 2018).

Os fatores supracitados são fontes cruciais de angústia psicológica para as mães portadoras de HIV. A ansiedade relacionada ao velamento do diagnóstico era frequentemente acompanhada do medo por não fazer uso da terapia antirretroviral e pela culpa devido ao risco aumentado de transmissão vertical. (MASEREKA *et al.*, 2019; SARIAH *et al.*, 2019; KIIRYA *et al.*, 2021). Na tentativa de não serem reconhecidas por outros frequentadores dos serviços de saúde, algumas caminhavam vários quilômetros com os filhos pequenos para conseguir atendimento nos postos mais distantes. (SARIAH *et al.*, 2019).

Na tabela 2, estão integralmente apresentados alguns relatos de mães que apresentaram algum grau de sofrimento devido a problemas nas relações interpessoais.

Tabela 5 - Relatos na íntegra retratando o sofrimento nas relações interpessoais

Artigo	Relato de vida
Bengtson <i>et al.</i> (2020), p. 3, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Existem alguns vizinhos, especialmente os que não são portadores de HIV, quando eles descobrem seu status, é um fardo. Eles te insultam e comentam com outras pessoas para não se associar com você, então todo mundo fica sabendo seu status...”</i>
Nyati-Jokomo <i>et al.</i> (2019), p. 6, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Minha sogra nunca gostou de mim e muitas vezes me chamava de prostituta... ela vai me mandar embora tão logo descubra meu status. Ela vem dando tantas ervas tradicionais ao meu filho e não posso dizer coisa alguma.”</i>
Souza <i>et al.</i> (2019), p.3, texto na íntegra	<i>“Minha família, minhas irmãs, eu trabalho de manicure, minhas irmãs me perguntaram se eu não tinha pegado essa doença faz tempo e sabia do diagnóstico, se eu fazia a unha delas e das outras pessoas para cortar com o alicate e transmitir a doença para os outros. Eu disse que isso era um pecado muito grande, que isso era desumano, que não é porque eu tenho a doença que eu vou passar para os outros, isso é pecado!”</i>
Thome <i>et al.</i> (2021), p. 256, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Eles me perguntaram porque eu não estava amamentando. Eu disse que deram leite pra ela na maternidade e agora ela não quer o seio. Eles fazem uma cara que diz “Ah, é mesmo?”. Eles não sabem sobre aquilo (meu diagnóstico de HIV). Eles te discriminam. Se você disse que possui HIV, eles não querem dividir um copo e nem mesmo falam com você.”</i>

Fonte: Bengtson *et al.*, 2020; Nyati-Jokomo *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2019; Thome *et al.*, 2021.

4.3 Sofrimento com relação à saúde mental

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, a incidência de problemas de saúde mental durante a gestação e em até um ano após o parto é de aproximadamente 20%, afetando cerca de uma em cada cinco mulheres (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2022). No entanto, embora pouco abordada na literatura, a prevalência desses problemas parece ser ainda mais elevada em mães soropositivas, como demonstram os artigos que trataram sobre o tema.

Em um estudo realizado por Harris *et al.* (2023), observou-se uma prevalência de 26% de problemas de saúde mental em mães soropositivas, sendo que apenas 3 das 13 pacientes diagnosticadas apresentaram alguma melhora após acompanhamento. Além disso, Tuthill *et al.* (2021) identificou que 36% das mulheres avaliadas apresentaram sintomas depressivos nos 5 a 7 meses após o parto e, em Jones *et al.* (2021), 45% das pacientes tiveram um rastreio positivo para depressão em um questionário validado.

O risco de problemas de saúde mental era ainda três vezes maior entre aquelas com diagnóstico recente e mais elevado nas mulheres com baixo suporte social. (BUSHAN *et al.*, 2023; HAMPANDA *et al.*, 2021). A prevalência aumentada de sintomas depressivos nesse grupo parece estar intimamente ligada aos sentimentos de vergonha e inferioridade associados ao diagnóstico, especialmente quando este é recente. (THOME; SUCCI; PFEIFFER, 2021). No estudo conduzido por Umeobieri *et al.* (2018), 52,7% das mães com HIV relataram sentir-se, de certa forma, inferiores em comparação com mulheres soronegativas.

As mães portadoras de HIV enfrentam uma constante angústia psicológica, caracterizada por baixa autoestima, pela dificuldade em aceitar a condição e a longevidade do tratamento, pela culpa do diagnóstico, pelos desafios em cuidar de um filho pequeno e pela falta de apoio do parceiro e da família, frequentemente associada ao abandono ou até mesmo à violência física e verbal. (KIWANUKA *et al.*, 2018; MUKOSE *et al.*, 2021; NYATI-JOKOMO *et al.*, 2019; SARIAH *et al.*, 2019).

Outro fator que impacta significativamente a saúde mental dessas mulheres é o medo da morte. Apesar de já se saber que os pacientes com HIV podem levar uma vida longa e saudável com o uso regular da medicação antirretroviral, muitas pacientes mantinham a crença de que a doença resultará em uma morte lenta e dolorosa. (TOPP *et al.*, 2020; EREKAHA *et al.*, 2018). Essa percepção pode ser

atribuída à falta de orientação clara por parte dos profissionais de saúde e também aos relatos de deterioração do estado geral em mulheres que não aderiam consistentemente ao tratamento. Assim, o medo da morte afetava várias mães soropositivas, gerando ansiedade, medo e preocupação. (SOUZA *et al.*, 2019).

Na Tabela 4, são detalhados relatos de mães que enfrentaram algum tipo de sofrimento relacionado à autculpa, à depressão e a outras questões de saúde mental.

Tabela 6 - Relatos na íntegra retratando o sofrimento relativo à saúde mental

Artigo	Relato de vida
Hamilton <i>et al.</i> (2020), p. 61, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Algumas vezes eu me senti tão mal, senti dor, mas não tinha alguém com quem eu pudesse falar, então eu só ficava quieta... Algumas vezes eu me sentia tão triste, achava que eu ia morrer e deixar os meus bebês.”</i>
Souza <i>et al.</i> (2019), p. 3, texto na íntegra	<i>“Me sinto péssima, a pior pessoa do mundo, uma dor que só quem passa pode entender [...]. Eu tenho medo, receio de morrer e deixar meu filho sozinho, tenho medo de sofrer na minha morte, de ir piorando e morrendo aos poucos, de morrer às mínguas porque tem gente que morre assim.”</i>
Thome <i>et al.</i> (2021), p. 256, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Eu a rejeitei, deixei ela com meu marido. Eu estava meio que deprimida então deixava ela mais com meu marido. Não ser capaz de amamentar me deixou triste porque eu via minha cunhada amamentando e eu não podia, e também eu estava com medo que a minha bebê pudesse ficar chateada comigo, porque a criança, mesmo bebê, pode sentir, você não acha? Então eu estava com raiva de mim, por ter o leite e não dar pra ela. E ela também me rejeitou (...) Eu acho que ela pensou: você ainda tem ele (o leite) e não quer me dar.”</i>
Tuthill <i>et al.</i> (2019), p. 7, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Bem, eu já me sentia uma má pessoa porque tenho HIV. Agora me sinto como uma má pessoa porque tenho HIV e estou grávida. E agora uma pessoa realmente má porque não posso amamentar meu bebê.”</i>

Fonte: Hamilton *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2019; Thome *et al.*, 2021; Tuthill *et al.*, 2019.

4.4 Sofrimento com relação ao uso da medicação

A fase inicial após o diagnóstico do HIV frequentemente se traduz em um grande desafio para a paciente, que precisa se adaptar à perspectiva de ser portadora de uma doença incurável e da necessidade de adesão imediata a um tratamento por toda a vida. Infelizmente, em muitos casos, esse momento é conduzido de forma abrupta pelos profissionais de saúde, sem o devido esclarecimento de dúvidas ou tempo adequado para assimilar a nova realidade. (EREKAHA *et al.*, 2018; NYATI-JOKOMO *et al.*, 2019; TOPP *et al.*, 2020).

Uma vez iniciada a terapia antirretroviral, muitas mulheres enfrentaram um significativo desconforto físico decorrente dos efeitos adversos dos medicamentos. Entre os principais efeitos colaterais mencionados estão tontura, insônia/sonolência, epigastralgia, náuseas, vômitos, diarreia intensa e lipodistrofia. Esses sintomas frequentemente impediam que essas mulheres prosseguissem com suas atividades cotidianas. Isso, por sua vez, as levava a questionar a benignidade do tratamento e até a interrompê-lo, especialmente considerando que antes do início da terapia, muitas eram assintomáticas. (EREKAHA *et al.*, 2018; SASSE *et al.*, 2022; NYATI-JOKOMO *et al.*, 2019; MUKOSE *et al.*, 2021).

Algumas mulheres que enfrentavam esses efeitos adversos procuraram assistência médica na esperança de mudar a terapia para um esquema mais tolerável. No entanto, diversas vezes retornavam para casa com a orientação de aguardar, pois era esperado que seus organismos se adaptassem aos medicamentos ao longo do tempo. Aquelas que não apresentaram melhora acabaram desistindo e uma parte delas desencorajava outras a continuarem com o tratamento. (KIWANUKA *et al.*, 2018; SARIAH *et al.*, 2019).

Essa complexa interação entre o início da terapia antirretroviral, os efeitos colaterais associados e a capacidade de adaptação ao tratamento levanta questões importantes sobre a necessidade de um suporte mais abrangente e personalizado, principalmente para as pacientes recém-diagnosticadas como portadoras do vírus. Na tabela 5, é possível ver relato de mulheres que sofreram com a aceitação e adaptação à terapia antirretroviral.

Tabela 7 - Relatos na íntegra retratando o sofrimento relacionado ao uso da medicação

Artigo	Relato de vida
Kiwanuka <i>et al.</i> (2018), p. 7, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“As medicações costumavam me dar muitos efeitos colaterais. Quando eu falei com os profissionais de saúde pra mudar minhas medicações, eles disseram que eu iria me acostumar. Eu tentei, mas ficou demais, então eu parei de tomar. Eu não conseguia me levantar da cama, não dormia à noite. Sentia como se fosse me matar antes mesmo do HIV, então eu resolvi parar.”</i>
Kiwanuka <i>et al.</i> (2018), p. 6, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Eu não estava pronta. Assim que testei positivo, me deram medicações e disseram para eu engolir. Eu pedi ao profissional de saúde para ter um tempo para pensar, mas disse que eu precisava começar imediatamente...”</i>
Mukose <i>et al.</i> (2021), p. 14, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Eu estava preocupada, porque eu não sabia como engolir medicamentos diários por toda uma vida. Eu estava acostumada com tratamentos curtos: quando estou com malária, engulo dois comprimidos e sei que estou curada, mas quando pensava sobre as medicações diárias... será que conseguiria?”</i>
Sariah <i>et al.</i> (2019), p. 6, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Eu tenho medo do que pode acontecer quando o corpo se acostumar com o tratamento. Vai parar de funcionar e vai chegar a hora em que não vai ter outras medicações.”</i>

Fonte: Kiwanuka *et al.*, 2018; Mukose *et al.*, 2021; Sariah *et al.*, 2019.

4.5 Sofrimento com relação à falta de recursos financeiros

A dificuldade econômica permeia a vida de várias mães soropositivas. Muitas foram abandonadas pelo seu parceiro e pela família após a descoberta do diagnóstico e necessitaram buscar trabalho com o objetivo de garantir uma condição mínima de vida para si e para a criança. Nesses casos, apesar de explicitarem o desejo de usar a fórmula infantil, muitas precisaram amamentar devido à impossibilidade de arcar com os custos, gerando ansiedade e sensação de impotência. (TUTHILL *et al.*, 2021; HORWOOD *et al.*, 2019; ADENIYI *et al.*, 2019; MAZUZE *et al.*, 2023).

No estudo de Nyati-Jokomo *et al.* (2019), duas em cada três mães precisaram amamentar, pois não possuíam recursos financeiros para custear quaisquer outros meios de alimentação para seu bebê. Isso ocorreu mesmo nos países que possuem distribuição gratuita de fórmula infantil através de programas do governo e de Organizações Não Governamentais, como o Brasil e o Canadá, uma vez que o abastecimento por vezes é interrompido e não há o suficiente para todas as mães cadastradas. (ALVARENGA *et al.*, 2019).

A falta de recursos dificulta também o deslocamento para os serviços de saúde. Devido à grande distância, ao preço do transporte e à ausência de alguém para cuidar da criança pequena durante a ida às consultas, várias falharam em conseguir a medicação mensal, principalmente no período do puerpério. (MUKOSE *et al.*, 2021). Algumas mães referiram a impossibilidade de tomar a medicação devido à falta de alimentos em casa e contra indicação de ingerir as pílulas em jejum. (SARIAH *et al.*, 2019). Tal fato aumenta a ansiedade dessas mães tanto pelo receio da evolução da doença, como também pelo maior risco de transmissão vertical. (SASSE *et al.*, 2022; KIIRYA *et al.*, 2021).

Dentro da esfera econômica, pode-se citar ainda aquelas mulheres que precisaram se manter em moradias conflituosas devido à falta de renda própria. Os atritos geralmente acontecem devido a não aceitação do diagnóstico pelos familiares, à relação do HIV como uma doença autoinflingida e devido à culpabilização do parceiro pela contaminação com o vírus. Uma parcela considerável das mães necessita se afastar do círculo de convivência prévio devido aos conflitos. Devido a isso, a taxa de mães soropositivas sem um suporte social adequado muitas vezes ultrapassou os 30%. (EREKAHA *et al.*, 2018; BHUSHAN *et al.*, 2018; NYATI-JOKOMO *et al.*, 2019).

Na tabela 6, são apresentados alguns relatos que representam o sofrimento das mães portadoras de HIV que carecem de recursos financeiros.

Tabela 8 - Relatos na íntegra retratando o sofrimento relativo à falta de recursos financeiros

Artigo	Relato de vida
Adeniyi <i>et al.</i> (2019), p. 7, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Que outra opção eu tenho, além de amamentar? Estou desempregada, não consigo custear a fórmula e o governo não fornece.”</i>
Alvarenga <i>et al.</i> (2019), p. 1156, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Tem dois meses que não pego, porque faltava na farmácia do SAE. Eu perguntei ao médico se poderia dar outro tipo de leite mais barato. [...] nós pensamos muita ‘besteira’, e quando você não tem dinheiro, o que podemos fazer?”</i>
Sariah <i>et al.</i> (2019), p. 4, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Eu parei de usar medicações porque meu marido me deixou e eu não tinha como pegar o ônibus para ir à clínica. Ele me deixou porque era HIV negativo. Eu, por isso, não tomei a medicação por três meses.”</i>
Sariah <i>et al.</i> (2019), p. 6, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Sim, você pode acordar cedo de manhã e não comer nada até onze horas, só por causa de problema financeiro. Mas você também não pode tomar a medicação de estômago vazio.”</i>

Fonte: Adeniyi *et al.*, 2019; Alvarenga *et al.*, 2019; Sariah *et al.*, 2019.

4.6 Sofrimento com relação aos serviços de saúde

Diversas dificuldades relacionadas ao uso dos serviços de saúde foram relatadas na literatura. A principal delas foi a falta de aconselhamento por parte dos profissionais. Tal fato provavelmente está associado à carga de trabalho aumentada para atender à alta demanda, à falta de habilidades de aconselhamento de alguns profissionais e ao elevado nível de estresse associado às más condições de trabalho. (MLAMBO; PELTZER, 2020; SAMBURU *et al.*, 2021).

A falta de diálogo gerou questionamentos das mães especialmente relacionados à alimentação do bebê. Em Harris *et al.* (2023), apenas 51,9% das entrevistadas sabia sobre a recomendação de não amamentar, mas 39,6% nunca havia dialogado com seu médico sobre isso. No estudo de Boucoiran *et al.* (2023), 34,3% das pacientes não receberam qualquer aconselhamento sobre a alimentação do filho. Além disso, cerca de 16% dos profissionais orientaram a não amamentação sem ouvir as pacientes ou conhecer seu estado financeiro e cultural. (TUTHILL *et al.*, 2019).

Em alguns casos, as pacientes descreviam os profissionais como rudes e relataram que eles chegavam a elevar a voz, principalmente quando compareciam às consultas sem seus parceiros. (KAYS *et al.*, 2021). A falta de informação chegou a tal ponto que algumas mulheres desconheciam sobre a terapia antirretroviral e sentiam-se ansiosas pelas dúvidas sobre seus efeitos. (SARIAH *et al.*, 2019; MUKOSE *et al.*, 2021).

Além disso, devido ao deslocamento de algumas mães para pontos de atendimento mais distantes, as pacientes eram consultadas por alguns profissionais que pertenciam a distritos diversos. Isso ocasionava diferenças culturais importantes, prejudicando o entendimento mútuo, a criação de vínculo e gerando atritos. (TOPP *et al.*, 2020). Algumas relataram que sua experiência como mãe necessitava se adequar às normas dos profissionais que as acompanhavam. (ALVARENGA *et al.*, 2019; LAZENBY *et al.*, 2022).

Devido à mudança constante de local de atendimento e à falta de um protocolo assertivo sobre amamentação, no caso de países africanos, várias mães receberam orientações distintas com relação à alimentação, gerando confusão e desentendimentos com a equipe. (PHAKISI; MATHIBE-NEKE, 2019). Por essa realidade de atrito e falta de diálogo, era previsível que, muitas vezes, as mães não confiassem nas condutas e posicionamentos dos profissionais de saúde que a

acompanhavam. No estudo de Hamilton *et al.* (2020), isso acontecia com 100% das participantes.

As dificuldades com os profissionais englobavam também a falta de compreensão com as mães que optavam por seguir condutas distintas das adotadas pelo serviço de saúde. Muitas mulheres mencionaram que se sentiram julgadas ou tiveram dificuldades para receber atendimento quando enfrentavam problemas durante a amamentação, como feridas por má pega ou mastite. (HORWOOD *et al.*, 2019). Em alguns casos, o aconselhamento ocorria de modo a aumentar a ansiedade das mães, culminando na desistência de sua escolha sobre alimentação do menor. (NYATI-JOKOMO *et al.*, 2019)

É importante ressaltar as adversidades relacionadas à falta de organização e de insumos nos serviços. A falta de medicações, principalmente a de inibidores da lactação, trazia um impacto direto no bem estar psíquico das mães. Em um dos estudos, 26% das mulheres não receberam cabergolina, sendo necessário que utilizassem bandagens ou roupas apertadas na região dos seios, conduta relatada como dolorosa, humilhante e discriminatória. (BOUCOIRAN *et al.*, 2023; KAYS *et al.*, 2021; THOME; SUCCI; PFEIFFER, 2021).

Aqui também é possível discorrer sobre a falta de espaços para acolher adequadamente essas pacientes. O atendimento muitas vezes ocorria em salas com mau isolamento sonoro e com interrupções contínuas por outros trabalhadores e pacientes, que ouviam a discussão sobre o diagnóstico. Além disso, havia necessidade de aguardar em filas específicas para portadores de HIV, o que deixava claro seu diagnóstico para os demais. Tudo isso ocasionava um problema maior: a quebra no sigilo, que era vista como humilhante, aumentava o sentimento de discriminação e dificultava a criação de um espaço que permitisse esclarecer dúvidas e medos, dificultando a retenção das pacientes. (HAMILTON *et al.*, 2020; MASEREKA *et al.*, 2019; NYATI-JOKOMO *et al.*, 2019).

Abaixo estão apresentados alguns relatos de mães portadoras de HIV que vivenciaram algum tipo de sofrimento relacionado à utilização dos serviços de saúde (Tabela 7).

Tabela 9 - Relatos na íntegra retratando o sofrimento relativo aos serviços de saúde

Artigo	Relato de vida
Horwood <i>et al.</i> (2019), p.8, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Não, eles só não gostam de fórmula naquele hospital, foi o que percebi. Eles não... falam muito sobre isso, o foco é mais em amamentação. Se você vai dar fórmula, eles dizem ‘okay, tudo bem, alimentação com fórmula, copinho’, é tudo o que dizem. Eles não promovem chupeta, mamadeira e é isso, além disso é só amamentação.”</i>
Alvarenga <i>et al.</i> (2019), p. 1156, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Eles não me aconselharam em nada, exceto que eu não podia amamentar e foi isso. Para piorar a situação, eles me colocaram numa apresentação para motivar a amamentação, que eu não poderia ter participado. Fiquei brava!”</i>
Bengtson <i>et al.</i> (2020), p. 4, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“... Eles me disseram para voltar para casa porque eu não estava séria sobre minha vida. Me falaram para encontrar outra clínica e que talvez ela fosse lidar melhor comigo. Eles me disseram que não iriam me dar qualquer identificação ou prontuário.” (Mãe reiniciando a terapia antirretroviral)</i>
Lazenby <i>et al.</i> (2022), p. 1857, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Sempre me disseram, desde minha primeira gravidez, que APENAS poderia dar fórmula. Com meu primeiro filho, pesquisei bastante e descobri que mães HIV positivas em outros países são encorajadas a APENAS amamentar. Essa informação realmente me deixou confusa. Mas, quando segui perguntando para minha enfermeira sobre o assunto, ela disse: ‘Você quer dar HIV para seu bebê?? Então você não pode amamentar.’ Fiquei tão machucada com essa resposta que não consegui mais fazer perguntas. Mesmo depois de vários filhos.”</i>

Fonte: Horwood *et al.*, 2019; Alvarenga *et al.*, 2019; Bengtson *et al.*, 2020; Lazenby *et al.*, 2022

4.6.1 Estratégias para melhora dos serviços

Cinco dos estudos buscaram estratégias para reduzir o sofrimento dessas pacientes e melhorar seu relacionamento com o serviço de saúde. Todos compreenderam que o cuidado deve abranger mais do que a distribuição de medicamentos e verificação rotineira de carga viral. Sendo assim, foram capazes de contribuir positivamente para o tratamento integral dessa mulher.

Em três dos artigos, o foco foi o treinamento de agentes para realizar a busca ativa de mães soropositivas e a promoção de grupos de partilha e aconselhamento. Após a intervenção, as participantes relataram melhora da sensação de solidão e desespero ao conhecerem outras mulheres em situação semelhante a sua. Isso promoveu maior facilidade para uso da terapia antirretroviral, redução na desconfiança com relação aos profissionais e ao sistema de saúde, redução do estigma e esclarecimento de dúvidas. (TOPP *et al.*, 2020; HAMILTON *et al.*, 2020; IBU; MHLONGO, 2021).

Em Kays *et al.* (2021), houve a coleta de opiniões de profissionais da saúde e mães soropositivas sobre os serviços ofertados. Após isso, buscaram-se soluções através do diálogo com os trabalhadores, usuários e líderes de comunidade. Como resultado, vários atritos das mulheres com os profissionais foram solucionados, houve redução da discriminação praticada por familiares e os trabalhadores relataram uma melhor compreensão das necessidades e dos sentimentos das suas clientes. Estas, por sua vez, compreenderam melhor os serviços e suas limitações. Tudo isso contribuiu para um ambiente de trabalho mais saudável.

A última estratégia foi adotada por Trafford *et al.* (2018). Ela se baseava em um novo sistema de consultas e fornecimento de medicação, na tentativa de promover maior sigilo e maleabilidade de horários. Os atendimentos ocorriam em clubes, que não possuíam identificação de que seriam usados atendimento de mães portadoras de HIV. As consultas ocorriam com menor frequência em relação aos serviços usuais, havia distribuição de medicação para um período maior de tempo e os horários possuíam maior maleabilidade. As pacientes relataram melhora do sigilo, maior velocidade de atendimento, melhor interação com a equipe de saúde, melhor entendimento da doença e maior facilidade de aderência ao plano terapêutico.

Todas essas estratégias foram de fácil aplicação e contribuíram para redução do sofrimento mental ao qual estão sujeitas as mães portadoras de HIV. Vide abaixo (Tabela 8) os relatos das mulheres que frequentavam serviços nos quais

aconteceram essas intervenções. É possível observar uma rápida melhora no padrão de acolhimento a partir de medidas de baixo custo e complexidade.

Tabela 10 - Relatos das pacientes retratando o sofrimento relativo aos serviços de saúde

Artigo	Relato de vida
Ibu; Mhlongo (2021), p. 6, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Quando eu conheci a tia C., ela me encorajou... ela me trouxe de volta à vida e sou tão grata por isso... ela é compassiva. Algumas pessoas vão olhar pra você e dizer que é culpa do que você fez; esse é o resultado do seu mau caráter. Eles vão julgar. É preciso de alguém solidário para te olhar e dizer que ainda há uma saída, sem te julgar, independente do que você possa ter feito.”</i>
Kays et al. (2021), p. 12, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“É verdade que agora tivemos uma grande melhora na nossa relação, porque as reuniões ajudaram a estabelecer as causas para os maus entendidos que tivemos anteriormente e como fazer para direcionar esses desentendimentos.”</i>
Kays et al. (2021), p. 13, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Esse programa deveria continuar porque aqueles que estavam discriminando outros em casa, parentes e comunidades... eles pararam, por causa das reuniões, e eu... eu sofria discriminação e os meus pais não seguravam meu bebê. Mas agora acabou a discriminação.”</i>
Topp et al. (2020), p. 8, tradução realizada pelo próprio autor	<i>“Você é capaz de interagir com elas na própria casa e ver os vários desafios. Quando você precisa lidar com os problemas da comunidade onde elas estão, você percebe que o sucesso do cuidado do HIV se torna bem mais complicado do que apenas entregar medicações e esperar vê-las novamente em dois meses.” (Profissional da saúde)</i>

Fonte: Ibu; Mhlongo, 2021; Kays et al., 2021; Topp et al., 2020.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sofrimento psíquico vivenciado por mães portadoras do vírus HIV é um tema pouco documentado na literatura, especialmente no que diz respeito à criação de estratégias de apoio e acolhimento mais eficazes para essas pacientes.

Dentre as diversas fontes geradoras desse sofrimento, destacam-se algumas como o estigma social, o abandono por parte de entes queridos e os consequentes problemas financeiros, a angústia em vivenciar a maternidade sob o risco de transmissão vertical do HIV e a falta de suporte adequado por parte dos serviços de saúde. Esses fatores, somados, contribuem significativamente para o comprometimento da saúde mental dessas mães.

No presente estudo, a estigmatização se revelou como o fator mais presente na literatura examinada. O preconceito em relação às mães portadoras do HIV é uma realidade constante, independentemente da cultura ou localização geográfica, especialmente em regiões onde há uma pressão cultural mais significativa para a prática da amamentação.

As fontes de aflição psicológica refletem um quadro complexo de dificuldades enfrentadas por essas mulheres. Lidar com o estigma, o isolamento social, a pressão cultural e as barreiras de acesso aos serviços de saúde adequados representam um desafio considerável no contexto da maternidade para mulheres soropositivas. O desenvolvimento de estratégias mais inclusivas e acolhedoras, que considerem a realidade cultural e social de cada indivíduo, é fundamental para oferecer um suporte mais eficaz e promover a saúde mental e emocional dessas mães em seu percurso de autocuidado e de aceitação do diagnóstico de HIV.

Foi possível evidenciar a grande quantidade de trabalhos oriundos de países africanos. Isso evidencia a necessidade de fomentar mais estudos sobre o tema em outros países, tendo-se em vista que, mesmo as fontes de sofrimento dessas mães terem sido similares ao redor do mundo, é muito provável que o sofrimento atrelado a cada fator varie de acordo com a sociedade em que a mulher está inserida.

Por fim, diferentemente do que se era esperado, o sofrimento devido à amamentação não foi o tema de sofrimento psíquico mais abordado na literatura. Entretanto, como o presente estudo se trata de uma revisão sistemática, não é possível afirmar que o tema mais mencionado é necessariamente a fonte principal de sofrimento das pacientes. Cada mãe é única e apresenta diferentes parcelas de

sofrimento relacionado a cada fator, logo, cabe àqueles que acompanham o caso dialogar e compreender como prestar melhor auxílio a cada binômio.

REFERÊNCIAS

- ADENIYI, Oladele *et al.* Beyond health care providers' recommendations: understanding influences on infant feeding choices of women with HIV in the Eastern Cape, South Africa. **Int. Breastfeed. J.**, v. 14, n. 7, p. 1-12, 2019.
- ALVARENGA, Willyane *et al.* Mothers living with HIV: replacing breastfeeding by infant formula. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 5, p. 1217-1224, 2019.
- BASTOS, Rodrigo *et al.* Fases psicológicas de gestantes com HIV: estudo qualitativo em hospital. **Rev. Bioét.**, v. 27, n. 2, p. 281-288, 2019.
- BENGTSON, Angela *et al.* "A way of escaping": a qualitative study exploring reasons for clinic transferring and its impact on engagement in care among women in Option B. **AIDS Care**, v. 32, n. 1, p. 72-75, 2020.
- BHUSHAN, Nivedita *et al.* Probable perinatal depression and social support among women enrolled in Malawi's Option B+ Program: A longitudinal analysis. **J. Affect. Disord.**, v. 306, n. 1, p. 200-207, 2022.
- BOUCOIRAN, Isabelle *et al.* Practices, support and stigma related to infant feeding and postpartum engagement in care among women living with HIV in Canada. **AIDS Care**, v. 35, n. 12, p. 1971-1981, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 38 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. 224 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico - HIV/Aids 2022**. 2022b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view. Acesso em: 08 de agosto de 2023.
- CDC. **Breastfeeding HIV**. Centers for Disease Control and Prevention, 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/maternal-or-infant-illnesses/hiv.html#:~:text=What%20is%20the%20risk%20of,1%25%2C%20but%20not%20zero>. Acesso em 29 de novembro de 2023.
- CONTIN, Carolina *et al.* Experiência da mãe HIV positivo diante do reverso da amamentação. **HU Revista**, v. 36, n. 4, p. 278-284, 2010.
- DOS SANTOS, William *et al.* Percepção de mães soropositivas sobre a impossibilidade do aleitamento. **Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 15888–15897, 2021.

EREHAKA, Salome *et al.* Exploring the acceptability of Option B plus among HIV-positive Nigerian women engaged and not engaged in the prevention of mother-to-child transmission of HIV cascade: a qualitative study. **Sahara J.**, v. 15, n. 1, p. 128-137, 2018.

ETOWA, Josephine *et al.* Social Determinants of Breastfeeding Preferences among Black Mothers Living with HIV in Two North American Cities. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 18, p. 1-13, 2020b.

ETOWA, Josephine *et al.* Determinants of infant feeding practices among Black mothers living with HIV: a multinomial logistic regression analysis. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 1-17, 2021.

ETOWA, Josephine *et al.* Psychosocial Experiences of HIV-Positive Women of African Descent in the Cultural Context of Infant Feeding: A Three-Country Comparative Analyses. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 19, 7150, 2020a.

FIOCRUZ. A Epidemia da AIDS Através do Tempo. Portal Fundação Oswaldo Cruz, s.d. Disponível em: <https://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>. Acesso em 28 de novembro de 2023.

GRECO, Dirceu. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Dossiê Epidemias**, v. 22, n. 6, p. 73-94, 2008.

HAMILTON, Rebecca *et al.* Mentor Mothers Zithulele: exploring the role of a peer mentorship programme in rural PMTCT care in Zithulele, Eastern Cape, South Africa. **Pediatrics. Int. Child. Health**, v. 40, n. 1, p. 58-64, 2020.

HAMPANDA, Karen *et al.* Male partner involvement and successful completion of the prevention of mother-to-child transmission continuum of care in Kenya. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 142, n. 3, p. 409-415, 2021.

HARRIS, Leah *et al.* The Mental Health Effects and Experiences of Breastfeeding Decision-Making Among Postpartum Women Living with HIV. **AIDS Behav.**, 2023. Online ahead of print.

HERNANDES, Cristiane *et al.* Qualitative analysis of feelings and knowledge's about pregnancy and HIV in seropositive and seronegative pregnant women. **J. Health Biol. Sci. (online)**, v. 7, n. 1, p. 32-40, 2019.

HORWOOD, Christiane *et al.* A qualitative study exploring infant feeding decision-making between birth and 6 months among HIV-positive mothers. **Matern Child Nutr.**, v. 15, n. 2, e12726, 2019.

IBU, Josephine; MHLONGO, Euphemia. The Mentor Mothers Program in the Department of Defense in Nigeria: An Evaluation of Healthcare Workers, Mentor Mothers, and Patients' Experiences. **Healthcare (Basel)**, v. 9, n. 3, p. 1-12, 2021.

JONES, Deborah *et al.* Maternal and infant antiretroviral therapy adherence among women living with HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial of the role of male partner participation on adherence and PMTCT uptake. **Sahara J.**, v. 18, n. 1, p. 17-25, 2021.

KAYS, Megan *et al.* Evaluating the effect of a community score card among pregnant and breastfeeding women living with HIV in two districts in Malawi. **PLoS One**, v. 16, n. 8, e0255788, 2021.

KIIRYA, Yerusa *et al.* Loss to follow up after pregnancy among mothers enrolled on the option B+ program in Uganda. **Public Health Pract. (Oxf.)**, v. 2, 100085, 2021.

KIWANUKA, George *et al.* Retention of HIV infected pregnant and breastfeeding women on option B+ in Gomba District, Uganda: a retrospective cohort study. **BMC Infect. Dis.**, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2018.

LAZENBY, Gweneth *et al.* Attitudes on breast feeding among persons with HIV who have given birth and their perceptions of coercion during counseling on safe infant feeding practices. **AIDS Care**, v. 35, n. 12, p. 1852-1862, 2022.

LEÃO, Adriana; LUSI, Isabela. Estigmatização: consequências e possibilidades de enfrentamento em Centros de Convivência e Cooperativas. **Interface (Botucatu)**, v. 25, e200474, 2021.

LIMA, Camila; MORAES, Lilia, RÊGO, Héllen. Aleitamento materno: a visão de puérperas soropositivas para hiv e htlv quanto a não amamentação. **Nursing**, v. 22, n. 248, p. 2583-2586, 2019.

MASEREKA, Enosk *et al.* Increasing retention of HIV positive pregnant and breastfeeding mothers on option-b plus by upgrading and providing full time HIV services at a lower health facility in rural Uganda. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1-6, 2019.

MAZUZE, Bento *et al.* Silenced voices: experiences of people living with HIV in the province of Gaza, Mozambique. **Rev. Psicol., Divers. Saúde**, v. 12, e4601, 2023.

MLAMBO, Motlatso; PELTZER, Karl. Perceptions of grandmothers and HIV-infected mothers on infant feeding practices in a rural South African district. **Health SA Gesondheid (Online)**, v. 15, n. 0, a1372, 2020.

MUKOSE, Aggrey *et al.* What influences uptake and early adherence to Option B+ (lifelong antiretroviral therapy among HIV positive pregnant and breastfeeding women) in Central Uganda? A mixed methods study. **PLoS One**, v. 16, n. 5, e0251181, 2021.

NYATI-JOKOMO, Zibusiso *et al.* 'If nurses were in our shoes would they breastfeed their own babies?' A qualitative inquiry on challenges faced by breastfeeding mothers on the PMTCT programme in a rural community in Zimbabwe. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 1, p. 1-9, 2019.

NYATSANZA, Farai *et al.* Over a third of childbearing women with HIV would like to breastfeed: A UK survey of women living with HIV. **Int. J. STD AIDS**, v. 32, n. 9, p. 856-860, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 20% das mulheres terão doença mental durante gravidez ou pós-parto. **ONU NEWS**, 19 de setembro de 2022. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/09/1801501>. Acesso em 24 de outubro de 2023.

PAIM, Betina; SILVA, Ana; LABREA, Maria. Amamentação e HIV/Aids: uma revisão. **Boletim de Saúde**, v. 22, n. 1, P. 67-74, 2008.

PHAKISI, Selloane; MATHIBE-NEKE, Johanna. Experiences of HIV-Infected Mothers Regarding Exclusive Breast-Feeding in the First Six Months of the Infant's Life in Mangaung, South Africa. **Afr. J. Reprod. Health**, v. 23, n. 4, p. 24-37, 2019.

ROCHA, Gabriele *et al.* Condicionantes da amamentação exclusiva na perspectiva materna. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, e00045217, 2018.

SAMBURU, Betty *et al.* Realities and challenges of breastfeeding policy in the context of HIV: a qualitative study on community perspectives on facilitators and barriers related to breastfeeding among HIV positive mothers in Baringo County, Kenya. **Int. Breastfeed. J.**, v. 16, n. 1, p. 1-13, 2021.

SANTOS, Jucimary; CARVALHO, Luís; PINA, Maria. O papel da Zidovudina na Erradicação da Transmissão Vertical da SIDA. **Latin American Journal of Pharmacy**, v. 27, n. 2, p. 303-313, 2008.

SARIAH, Adellah *et al.* Why did I stop? And why did I restart? Perspectives of women lost to follow-up in option B+ HIV care in Dar es Salaam, Tanzania. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1-11, 2019.

SASSE, Simone *et al.* Factors associated with a history of treatment interruption among pregnant women living with HIV in Malawi: A cross-sectional study. **PLoS One**, v. 17, n. 4, e0267085, 2022.

SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA. Amamentação traz benefícios para o bebê e a mãe. **Portal SGP**, 2018. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/filiada/goias/noticias/noticia/nid/amamentacao-traz-beneficio-s-para-o-bebe-e-a-mae/>. Acesso em 28 de novembro de 2023.

SOUZA, Fernanda *et al.* Sentimentos e significados: HIV na impossibilidade de amamentar / Feelings and meanings: HIV in the impossibility of breastfeeding. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 13, n.1, p. 1-7, 2019.

THOME, Beatriz; SUCCI, Regina; PFEIFFER, James. "I was afraid my baby would be upset with me" - women living with HIV's accounts going through non-breastfeeding in São Paulo, Brazil. **AIDS Care**, v. 33, n. 2, p. 253-261, 2021.

TOPP, Stephanie *et al.* "Most of what they do, we cannot do!" How lay health workers respond to barriers to uptake and retention in HIV care among pregnant and breastfeeding mothers in Malawi. **BMJ Glob. Health**, v. 5, n. 6, e002220, 2020.

TRAFFORD, Zara *et al.* Experiences of HIV-positive postpartum women and health workers involved with community-based antiretroviral therapy adherence clubs in Cape Town, South Africa. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, p. 1-13, 2018.

TUTHILL, Emily *et al.* "I Found Out I was Pregnant, and I Started Feeling Stressed": A Longitudinal Qualitative Perspective of Mental Health Experiences Among Perinatal Women Living with HIV. **AIDS Behav.**, v. 25, n. 12, p. 4154-4168, 2021.

TUTHILL, Emily *et al.* "In the United States, we say, 'No breastfeeding,' but that is no longer realistic": provider perspectives towards infant feeding among women living with HIV in the United States. **J. Int. AIDS Soc.**, v. 22, n.1, e25224, 2019.

UMEGBIERI, Ancilla-Kate *et al.* Perception and practice of breastfeeding among HIV positive mothers receiving care for prevention of mother to child transmission in South-East, Nigeria. **Int Breastfeed J.**, v. 28, n. 13, p. 1-8, 2018.

UNAIDS. **Global AIDS Update 2022**. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV, 2022. 376 p.

VAN SINGHEM, Ard *et al.* Life expectancy of recently diagnosed asymptomatic HIV-infected patients approaches that of uninfected individuals. **AIDS**, v. 24, n. 10, p. 1527-1535, 2010.