

ARTIGO ORIGINAL

Percepções de Gestantes Vivendo com HIV Acerca do Aleitamento Materno

Janainna Ferreira e Silva¹; Ezequiel Almeida Barros²; Milena da Silva Soares³;
Romila Martins de Moura Stabnow Santos⁴; Ana Cristina Pereira de Jesus Costa⁵;
Livia Maia Pascoal⁶; Marcelino Santos Neto⁷; Floriacy Stabnow Santos⁸

Destaques:

- (1). Gestantes HIV positivo vivenciam a maternidade com a impossibilidade da amamentação.
- (2). Gestantes HIV positivo têm esperança de que seu filho possa viver sem a doença.
- (3). A impossibilidade da amamentação pode acarretar medo, frustração e angústia.

RESUMO

Objetivou-se conhecer a percepção de gestantes vivendo com HIV acerca do aleitamento materno. Pesquisa transversal, qualitativa, realizada em maternidade de referência em Imperatriz (MA), entre agosto de 2020 e julho de 2021, com 28 gestantes, por meio de entrevistas individuais gravadas e transcritas. A análise dos dados deu-se pelo estudo de conteúdo temático de Minayo. Buscou-se, inicialmente, identificar significados acerca do Aleitamento Materno Exclusivo a partir da Teoria das Representações Sociais para conhecer as formas de enfrentamento ante a realidade das mulheres de não poderem amamentar. Em relação aos sentimentos evidenciados, percebeu-se que a maioria das mulheres relatou o sentimento de tristeza, angústia e medo, principalmente por reconhecerem a importância do leite materno para o bebê e acreditarem que o momento de alimentar o bebê produzia vínculo entre mãe e filho. Algumas mulheres relataram que veem essa impossibilidade de maneira positiva, tendo em vista experiências anteriores negativas diante da amamentação. As entrevistadas confirmaram que houve a orientação dos profissionais de saúde acerca da impossibilidade de amamentar. Este estudo possibilitou uma reflexão sobre as representações sociais de gestantes soropositivas para o HIV em relação à maternidade e à impossibilidade de amamentar.

Palavras-chave: soropositividade para HIV; gravidez; aleitamento materno; enfermagem.

¹ Universidade Federal do Maranhão (Ufma). Imperatriz/MA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0044-6606>

² Universidade Federal do Maranhão (Ufma). Imperatriz/MA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4825-7449>

³ Universidade Federal do Maranhão (Ufma). Imperatriz/MA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6814-6995>

⁴ Universidade Federal do Maranhão (Ufma). Imperatriz/MA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0407-0412>

⁵ Universidade Federal do Maranhão (Ufma). Imperatriz/MA, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-7757-8183>

⁶ Universidade Federal do Maranhão (Ufma). Imperatriz/MA, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-7757-8183>

⁷ Universidade Federal do Maranhão (Ufma). Imperatriz/MA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6105-1886>

⁸ Universidade Federal do Maranhão (Ufma). Imperatriz/MA, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-7840-7642>

INTRODUÇÃO

O aumento do número de casos de HIV/Aids entre mulheres em idade fértil tem sido uma questão preocupante. No Brasil, em 2020 foram diagnosticados 32.701 novos casos de HIV, e entre os sexos foi de 28 homens infectados para cada 10 mulheres, fato inquietador, uma vez que cerca de 7.814 desses casos ocorreram entre gestantes¹, população que sofreu um aumento na taxa de detecção na última década, fator que pode ser relacionado ao rastreamento no período pré-natal. Ademais, entre os anos de 2000 até junho de 2021 foram notificados, no Brasil, 141.02 casos somente em gestantes, considerando que 37,4% residiam na Região Sudeste, 29,5% na Região Sul, 18,3% na Região Nordeste, 8,9% na Região Norte e 5,9% no Centro-Oeste¹.

O Ministério da Saúde revela que a taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando uma tendência de aumento nos últimos anos, o que chama a atenção para um novo desafio relacionado ao controle da transmissão vertical (TV) do HIV². Durante a gestação o risco de TV para o bebê é cerca de 35%, 65% durante o parto e 22% na amamentação, sendo, assim, imprescindível destacar para a mulher a importância da adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) e ao acompanhamento pré-natal³.

Por não poderem amamentar seus filhos, algumas mulheres podem sofrer conflito além de outras situações, como sofrimento psicológico, medo, estigma e discriminação social⁴. Dessa forma, é importante conhecer como estas mulheres enfrentam esta situação de não poderem amamentar seus filhos, de modo a colaborar para melhorar a assistência à saúde diante desta realidade.

Segundo o Relatório de Monitoramento Clínico do HIV, para o ano de 2020 foi proposta a meta 90-90-90, que teve por objetivo alcançar o diagnóstico de 90% do total de infectados no país, 90% das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) em TARV, e que 90% das pessoas realizando a TARV alcancem a Carga Viral (CV) suprimida. Até 2019 esse percentual era de 89% de diagnósticos, 65% de PVHIV em TARV e 65% com CV suprimida⁵.

Nesse sentido, as metas estão associadas, respectivamente, à ampliação do acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, ao diagnóstico, ao acesso aos medicamentos que compõem a TARV e à aceitabilidade e adesão à terapia, além da qualidade da assistência oferecida para esses pacientes⁶.

Para gestações planejadas, com acompanhamento adequado durante o pré-natal e intervenções realizadas adequadamente no parto e sem amamentação, o risco de transmissão vertical do HIV é reduzido a menos de 2%. Caso esse planejamento e seguimento, entretanto, não sejam adequados, esse risco aumenta para 15% a 45%⁷.

O aleitamento materno, quando não contraindicado, representa o alimento ideal e completo para o bebê, devendo ser oferecido de maneira exclusiva até os seis meses, além de propiciar benefícios também para a mãe e favorecer o vínculo materno-infantil⁸. Dessa forma, a impossibilidade de ofertar esse alimento gera, muitas vezes, sentimentos como angústia e medo em mulheres vivendo com HIV (MVHIV)⁵.

A alimentação da criança até o sexto mês entre MVHIVs, deve ser realizada por meio de suplementação com fórmula láctea infantil, sendo garantida sua distribuição gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com a Portaria GM/MS nº 2.313 de 19 de dezembro de 2002. Além disso, caso o diagnóstico ocorra após a exposição ao leite materno, a suspensão deve ser imediata e a criança deve ser acompanhada⁹.

Tendo em vista as especificidades que a epidemia do HIV/Aids apresenta entre os diferentes segmentos populacionais, faz-se necessário a incorporação de estratégias de enfrentamento adequadas ao contexto situacional no qual se insere essa população¹⁰. Para tanto, torna-se imprescindível conhecer as percepções e o enfrentamento das gestantes com HIV com o objetivo de

auxiliar na construção de ações que efetivamente condicionem melhoria da qualidade da atenção para essas mulheres.

Diante disto, é importante conhecer o universo representacional dessas mulheres, seus anseios, medos, dificuldades, atitudes e sentimentos construídos ante a impossibilidade de amamentar, uma vez que a maternidade como papel social está atrelada à amamentação¹¹. Assim, o presente estudo teve como objetivo conhecer a percepção de gestantes vivendo com HIV acerca do aleitamento materno.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa transversal, qualitativa, realizada em uma maternidade de referência no atendimento de gestantes de alto risco. Trata-se do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do Hospital Regional Materno Infantil (HRMI) de Imperatriz (MA), maternidade de referência da macrorregião, que dá assistência a mulheres HIV positivo. O estudo foi realizado entre agosto de 2020 e julho de 2021.

Foram incluídas no estudo mulheres de qualquer idade, não usuárias de drogas, independente do período gestacional, diagnosticadas com o HIV, atendidas no SAE no período de estudo, procedentes de qualquer cidade. Os critérios de exclusão foram as que tivessem problemas cognitivos ou de linguagem que pudessem dificultar a comunicação com os pesquisadores. Fizeram parte do estudo 28 gestantes que aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados aconteceu no hospital, após as consultas de pré-natal, quando as mulheres eram convidadas a participar da pesquisa. As entrevistas aconteceram em sala privativa, e foram gravadas em áudio em aparelho celular com autorização das participantes e realizadas por um único pesquisador.

A entrevista ocorreu com auxílio de questões norteadoras, sendo elas: Como soube que tinha HIV e como foi receber esse diagnóstico? Sabe o que é Aleitamento Materno Exclusivo e por quanto tempo a criança deve ser amamentada? Você já amamentou e por quanto tempo? Nessa gestação você foi orientada a não amamentar? Que sentimentos teve quando soube que não poderia amamentar? Conhece o motivo pelo qual não poderá amamentar? Você tinha ou tem vontade de amamentar? Você faz uso dos medicamentos para o tratamento do HIV? Há quanto tempo? Quais os medicamentos?

Ademais, o prontuário das entrevistadas foi consultado para coletar dados sociodemográficos e dos medicamentos utilizados. Na descrição dos resultados da pesquisa foi adicionado relatório geral das falas e, ainda, as principais falas, propriamente ditas, coletadas.

A análise dos dados deu-se pela análise de conteúdo proposta por Minayo¹² dividida em três etapas: ordenação, classificação e análise propriamente ditas, permitindo identificar quatro categorias temáticas: O impacto da descoberta da soropositividade para HIV no contexto da gestação; Histórico de amamentação anterior e conhecimentos sobre aleitamento materno; A impossibilidade da amamentação e o enfrentamento da situação; e Tratamento para HIV.

Utilizou-se como referencial teórico deste estudo a Teoria das Representações Sociais, baseada na ideia de que em qualquer sociedade os indivíduos compartilham representações, opiniões, crenças, valores, que são externos a esses indivíduos, e a compreensão do processo de construção do conhecimento é senso comum, possibilitando concluir que o estudo de uma representação pressupõe a investigação do que os indivíduos pensam, por que pensam e como pensam¹³. Ou seja, trata-se de um fenômeno indispensável para explicar os processos cognitivos e as interações sociais que orientam e organizam as condutas e as comunicações¹⁴. Buscou-se identificar, portanto, significados acerca do Aleitamento Materno Exclusivo a partir da Teoria das Representações Sociais para conhecer as formas de enfrentamento ante a realidade das mulheres de não poderem amamentar.

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, sob Parecer nº 2.496.047. Para respeitar o direito ao anonimato as gestantes foram codificadas com a letra G (gestantes) e enumeradas de 1 a 28.

RESULTADOS

O estudo foi constituído por 28 gestantes vivendo com HIV, com idade entre 18 e 40 anos; eram pardas 19 (67,8%), negras 8 (28,6%) e branca 1 (3,6%), além disso, 16 (57,2%) eram casadas ou em união estável e solteiras 12 (42,8%); sem escolaridade 1 (3,6%), com até 8 anos de estudo 5 (17,8%) e com até 12 anos de estudo 22 (78,6%).

No que se refere à situação econômica, a maioria (23 – 82,1%) não possuía renda própria, se autodeclarando donas de casa; 22 (78,6%) eram multíparas; tiveram abortamento anterior 7 (25,0%); e eram residentes em Imperatriz 6 (21,4%) e em municípios circunvizinhos 22 (78,6%).

Quanto aos medicamentos usados, 19 (68,2%) usavam Tenofovir + Lamivudina (2 em 1) e Raltegravir; 1 (3,5%) usava Tenofovir + Lamivudina (2 em 1), Atazanavir e Ritonavir; 1 (3,5%) Tenofovir + Lamivudina (2 em 1) e Nevirapina; 1 (3,5%) Tenofovir + Lamivudina (2 em 1) e Dolutegravir; 1 (3,5%) Tenofovir + Lamivudina (2 em 1) e Efavirenz; 3 (10,7%) não iniciaram o tratamento; e 2 (7,1%) não foi possível a identificação.

O impacto da descoberta da soropositividade para HIV no contexto da gestação

As participantes do estudo caracterizaram o momento da descoberta do diagnóstico de soropositividade para o HIV como uma ocasião que trouxe impacto negativo, que provocou choque, desespero, muito choro, nervosismo, angústia, sentimentos de negação e medo, porém, muitas mulheres relataram que esses sentimentos foram passageiros e que, muitas vezes, nem se lembravam da presença da infecção; ainda relataram o medo de transmitir o vírus, principalmente para os filhos.

[...] eu fiz quatro testes pra ter certeza, e foi um choque, porque ninguém espera [...] (G1).

[...] eu quase morria, chorei muito, fiquei desesperada. Eu só chorei aquele momento e logo passou e bola pra frente, pra mim tanto faz, só lembro mesmo que eu tenho porque tomo os medicamentos todos os dias [...] (G3).

[...] eu fiquei um pouco nervosa, mas aquela angústia foi passageira, graças a Deus [...] (G7).

[...] foi um baque, difícil, bem difícil, até hoje a ficha não caiu, penso muito só na criança, peço a Deus pra vir saudável [...] (G17).

[...] eu tomei um susto, fiquei nervosa, uma angústia... [...] (G20).

[...] o grande medo é passar para um dos meus filhos; fica aquela preocupação; vou fazer de tudo pra que eles não peguem [...] (G24).

[...] bastante triste, eu não imaginava, porque eu me prevenia, e na primeira gravidez foi onde aconteceu tudo, e foi onde tirou meu chão[...]. (G26).

[...] muito triste, tirou meu chão [...] (G27).

Ademais, as participantes relataram que esse momento ocorreu, principalmente, por meio da realização do teste rápido durante o período gestacional. Algumas mulheres entretanto, também relataram que a descoberta ocorreu por meio do diagnóstico inicial do parceiro ou durante a realização de exames de rotina.

[...] através do meu esposo; ele estava se sentindo mal, dando febre, aí ele fez um exame, e diagnosticou positivo, aí o meu também deu positivo [...] (G3).

[...] foi por acaso mesmo que eu descobri, eu só fiz o exame por curiosidade e aí depois eu tive o diagnóstico [...] (G4).

[...] foi nessa gravidez, eu fiz o teste rápido e deu positivo [...] (G5).

[...] através do meu ex-marido. Ele nunca foi homem pra confirmar pra mim, eu confiava muito nele; eu era muito nova, aí chegou um ponto da mãe dele entrar em contato com a minha mãe e comentar que poderia existir essa possibilidade, só que ela sabia que era verdade [...] (G12).

[...] eu fui no doutor, e disse: doutor parece que eu estou com algum tipo de doença, porque minha barriga está crescendo e eu sou magra, aí ele disse, vamos descobrir é agora. Aí quando bateu a ultrassom ele disse que eu estava grávida [...] (G22).

[...] Eu descobri foi por acaso mesmo [...] (G23).

[...] eu descobri em uma campanha que teve lá na minha cidade [...] (G28).

A maioria das entrevistadas relatou que a gravidez não foi planejada e ocorreu devido a descuido ou falha do método contraceptivo utilizado, trazendo um sentimento de surpresa e ansiedade. Além disso, das mulheres que declararam que planejaram a gestação apenas uma das pacientes que já possuía o diagnóstico anterior à gestação fez o acompanhamento pré-concepcional com profissionais de saúde.

[...] não vou dizer que minha gravidez foi planejada, porque eu não sabia. E nunca me preveni, nunca tomei comprimido [...] (G8).

[...] foi um vacilo mesmo, meu, não era para ter acontecido, não foi planejado [...] (G10).

[...] não foi planejado; é, eu não queria não [...] (G11).

[...] eu acho que porque toda mulher tem a vontade de ser mãe e eu já tinha visto alguns casos lá do complexo de saúde de pessoas soropositivo e engravidaram [...] (G13).

[...] não, eu não engravidava, mas, não sei se é por causa de ansiedade ou o que era, e num passeio eu apareci grávida, só que eu tinha tomado a pílula do dia seguinte e cheguei a tomar um anticoncepcional [...] (G14).

[...] sim, eu sabia ser soropositiva, mas o meu parceiro queria a gravidez também [...] (G15).

[...] o que me levou? Foi um vacilo [...] (G16).

[...] não, eu estava acomodada, não estava tomando remédio, estava evitando só com preservativo, aí aconteceu [...] (G18).

[...] foi um erro [...] (G21).

[...] a gravidez de agora não foi planejada, mas também ela é desejada, porque foi um deslize na verdade, mais por falta de não estar prevenindo [...] (G26).

[...] eu fazia o acompanhamento em outra cidade, e a médica de lá me passou o medicamento certo, aí quando eu fiquei indetectável eu comecei tentar, o marido também toma o remédio [...] (G28).

Histórico de amamentação anterior e conhecimentos sobre aleitamento materno

Buscou-se, inicialmente, observar os conhecimentos acerca do significado de Aleitamento Materno Exclusivo (AME), posto que a maioria das entrevistadas respondeu com uma fala reduzida a sim ou não, e as mulheres que fugiram dessa resposta associaram ao ato de oferecer a amamentação, receber doação de leite ou ao fato de elas não poderem oferecer o leite materno aos seus filhos.

[...] ah, a moça me explicou, é dar de mamar [...]? (G3).

[...] que a gente pode amamentar, ou não? Não sei [...]! (G4).

[...] exclusivo? Não, imagino que seja exclusivo no sentido de que seja excluído? Porque já me falaram que eu não posso amamentar, acho que pode ser isso [...] (G18).

[...] não exatamente, acho que é basicamente o que a gente recebe, né, de outras pessoas [...] (G26).

Em seguida foi explicado o real significado de AME e foi indagado em qual período elas consideravam que a mãe deveria oferecer somente o leite materno para o bebê. A maioria das respostas obtidas declarou que essa oferta exclusiva deveria ocorrer nos primeiros seis meses de vida do bebê, mas algumas mulheres declararam que deveria ocorrer até o período que o bebê desejasse e a mãe se sentisse confortável em oferecer.

[...] eu já tive um, pra mim até os seis meses já está bom demais [...] (G3).

[...] ah, uns dois anos [...] (G6).

[...] só os seis meses mesmo, já é o suficiente [...] (G7).

[...] não tenho ideia, não sei [...] (G9).

[...] eu acho que até o tempo que ela se sentir confortável em amamentar está tudo tranquilo [...] (G17).

[...] até quando o bebê quiser, eu dei até os dois anos pro meu outro filho [...]. (G25).

Ainda, procurou-se conhecer mulheres que já tinham passado pela experiência da amamentação dos filhos anteriores. Dessa forma, foi possível observar que a maioria declarava a experiência como sendo positiva, e o período de tempo em que foi mantido variou de três meses a dois anos. Foi possível perceber, a partir dos relatos, que as mães apresentavam experiências diferentes com cada filho.

[...] amamentei até ela completar um ano e dois meses. Também não sei explicar não, mas foi bom [...] (G2).

[...] foi uma experiência única, acho que toda mãe fala isso, que é uma experiência única e é mesmo [...] (G3).

[...] todos os quatro, foi muito boa a experiência, uns foram amamentados até os três meses, outros até os quatro meses, mas nunca até os seis meses, já dava logo era o mingau [...] (G7).

[...] quatro meses, porque lá no hospital eles ainda faziam eu tirar o leite. A outra que ficou viva, depois que o médico mandou eu parar, eu parei, ela tinha um ano. Bem, eu amava ver ela mamando [...] (G8).

[...] amamentei, foi bom, o mais velho ele não gostava do peito não; ele foi amamentado só quatro meses; agora o segundo já foi oito e a menina não foi amamentada por muito tempo, porque ela não pegava o peito [...] (G19).

[...] todos os outros três; essa mais nova que era ruim pra amamentar eu tirava o leite do peito e botava na mamadeira pra ela poder mamar. O mais velho até oito meses, que foi logo que eu descobri que eu estava grávida da outra, da menina do meio, que só mamou até três meses; ela queria só a mamadeira e a mais nova com poucos dias de nascida, recém-nascida, ela mesmo já rejeitou, não quis de jeito nenhum [...] (G24).

A impossibilidade da amamentação e o enfrentamento da situação

De acordo com as falas das mulheres, observou-se que a maioria foi orientada pela equipe de saúde que não poderiam oferecer o leite materno ao bebê. Em relação aos sentimentos, durante a entrevista foi possível perceber que entre grande parte das mulheres foi evidenciada a sensação de tristeza, além de notar-se que acreditavam que a amamentação é um componente importante e que

valida a maternidade, mas aparentemente aceitaram o fato. Houve, ainda, pacientes que visualizaram essa impossibilidade de maneira positiva, tendo em vista experiências anteriores.

[...] eu não vou mentir não, é bom e é ruim, ruim para a criança e bom para a mãe, porque é uma coisa que você dá, mas eu não me sentia muito bem, que dói o peito, tem um cheiro muito forte; até hoje eu me imagino, será se essa criança vai ser apegada a mim, porque o que apega a criança com a mãe é dar de mamar [...] (G3).

[...] eu fico triste, entende? Fiquei abalada, mas aí foi passando, passando, tem que acostumar né, fazer o que [...]? (G8).

[...] já fui orientada, mas nunca tive vontade, nunca pensei, nunca tive essa vontade que muitas mulheres têm e sonham, mas para mim não abala em nada [...] (G12).

[...] já foi me passado sobre a amamentação. Me senti mal de verdade, porque na minha cabeça a amamentação é como se fosse um vínculo que você criasse com o bebê, mas é para o bem dele [...] (G17).

[...] já ouvi, normal mesmo, sendo seguro para ele e mantendo ele seguro é o que importa [...] (G24).

Do mesmo modo, acerca do conhecimento da causa que impossibilita a amamentação, as entrevistadas conseguiram associar a infecção pelo HIV à possibilidade de transmissão vertical para os filhos. Foi observado, também, o medo de outras pessoas descobrirem o motivo, não dividindo o diagnóstico nem mesmo com outros membros da família.

[...] para que a criança não pegue a doença [...] (G1).

[...] sim, por causa da transmissão; a mesma coisa do leite é o sangue, aí a mesma coisa que eu não posso ter parto normal, tem que ser cesariana, mesma coisa é do leite [...] (G4).

[...] sei, porque passa o vírus para meu bebê, e é arriscado desse jeito aqui já nascer com o vírus [...] (G8).

Quando questionadas quanto à vontade de amamentar, caso fosse possível, a maioria das entrevistadas declarou que possuía o desejo de oferecer o leite materno e realizaria a amamentação caso não oferecesse riscos para a saúde do bebê, duas disseram não possuir essa vontade e não sabiam ou não pensaram no assunto, e quatro não responderam à pergunta.

[...] se eu pudesse eu daria sim, mas como eu não posso eu prefiro que o meu filho nasça com saúde e que não pegue [...] (G1).

[...] eu não tinha vontade nos outros filhos, imagina agora que não pode mesmo [...] (G7).

[...] a minha última gestação não foi planejada, então não deu tempo de eu raciocinar, e assim que eu descobri dois dias depois eu tive que tirar, então não deu tempo de eu pensar nisso tudo [...] (G15).

[...] até que tinha, mas como não tem como, tem que aceitar [...] (G28).

Tratamento para HIV

Identificou-se que as participantes do estudo estavam em uso dos medicamentos antirretrovirais que fazem parte do tratamento da infecção. Nesse sentido, foram informados diferentes períodos de adesão, variando de dois meses a seis anos. Ademais, por meio das falas, durante a entrevista, foi possível constatar que as pacientes não sabiam o nome dos medicamentos que utilizavam.

[...] todos os dias, já faz 5 a 6 anos, é uns nomes esquisitos, não sei não te dizer [...] (G3).

[...] sim, desde maio de 2015. Eu não sei o nome [...] (G4).

[...] tomo, tem uns seis anos. Eu nem sei o nome desse remédio [...] (G7).

[...] estou, 2017, 2018, 2019, 2020. Cinco anos. Sei não, nomes muito complicados de falar [...] (G8).

DISCUSSÃO

Segundo o Ministério da Saúde, estima-se que, no Brasil, há cerca de 327 mil MVHIVs, posto que a faixa etária de maior acometimento nesse grupo é de 30 a 34 anos¹⁻⁵, diferindo da presente pesquisa, onde prevaleceu a faixa etária de 20 a 25 anos. Dessa forma, observa-se que essas mulheres estão em plena idade reprodutiva, e, conseqüentemente, há aumento do risco de TV, sendo necessária a captação e orientação dessas mulheres precocemente ainda durante o pré-natal¹⁵.

Estudo transversal realizado no Brasil, em janela temporal de 13 anos, apontou mais de 300 mil pessoas afetadas pelo HIV, constatando que mais de 50% desses indivíduos eram pretos ou pardos¹, e resultados da presente pesquisa encontraram que a maioria das mulheres eram pardas. Além disso, os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) mostram que pessoas pardas apresentaram maior taxa de internação e óbito em decorrência do HIV na Região Nordeste do Brasil¹⁶.

Dentre as vulnerabilidades apresentadas pela população negra, pode-se destacar que, quando associada a condições econômicas desfavoráveis, aumenta o risco de exposição a infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), uma vez que nessas condições as pessoas buscam os serviços de saúde com menor frequência, tendo o acesso a informações diminuído. As mulheres negras são as que sofrem maior impacto da doença, tendo um índice maior de mortalidade¹⁷.

Quanto ao estado civil, a maioria era casada ou vivia em união estável. Observou-se que MVHIVs que estavam dentro de um relacionamento declaravam receber maior suporte emocional além de incentivo e apoio nas questões relacionadas à saúde¹⁸.

Ainda identificou-se que a maioria das mulheres entrevistadas cursaram o Ensino Médio, informação que diverge da literatura nacional, que destaca o baixo nível de escolaridade de gestantes vivendo com HIV^{3,10}. Já a literatura internacional evidencia níveis mais elevados de educação no público em questão; estudo realizado na Espanha mostra que 75,2% das mulheres infectadas pelo HIV tinham nível escolar secundário¹⁹. Este fato pode ser justificado por os países europeus possuírem um melhor planejamento e altos investimentos na área educacional²⁰.

Durante a realização do estudo, 23,3% das mulheres relataram experiência de aborto em gestações anteriores, entretanto é válido lembrar que o aborto é um processo que pode ser ocasionado por múltiplos fatores, e não deve ser associada somente à infecção pelo HIV²¹. Logo, não é possível precisar as causas que levaram ao aborto das pacientes entrevistadas.

Um estudo realizado no município de São Paulo entre MVHIVs comparando com mulheres que não possuíam a infecção, foi possível observar maior prevalência de aborto provocado entre as mulheres que possuíam o diagnóstico de HIV. Ambos os grupos, porém, apresentaram argumentos semelhantes, como o não planejamento da gestação e falta de desejo pela maternidade, posto que para as MVHIVs o diagnóstico foi um fator importante nessa decisão²².

No que se refere à atividade laboral para o público estudado, no Brasil, apesar do amparo trabalhista, o preconceito, estigmas e tabus ainda são questões presentes no ambiente de trabalho para as MVHIVs. Quando acolhidos, entretanto, chefes e colegas de trabalho também compõem o suporte social do indivíduo, o que gera menos desgaste em relação ao diagnóstico²³.

Para as MVHIVs é importante discutir os métodos que podem ser utilizados para o planejamento familiar e reprodutivo, de modo a abranger não somente a forma de prevenção da transmissão para os parceiros, mas, também, os outros métodos que podem ser utilizados em conjunto para a prevenção da gravidez, sendo ideal o acompanhamento profissional que assegure a autonomia dos sujeitos no que diz respeito às suas práticas sexuais e decisões reprodutivas²⁴.

Observa-se que muitas mulheres não compartilham o diagnóstico com os membros da família, apenas com os mais próximos, geralmente a mãe, percebendo-se o impacto negativo que a descoberta

do HIV representou na vida dessas mulheres. Dessa forma, a equipe de enfermagem, por estar mais próxima ao paciente, também é responsável pelo acolhimento e educação em saúde, de forma a diminuir a carga emocional gerada pela falta de informação⁵.

Em relação à amamentação, a sua impossibilidade, devido ao risco de transmissão da infecção para o bebê, gera sentimento de insegurança, medo e angústia nas mães. Além disso, existe o reconhecimento dessas mulheres acerca da amamentação e o desenvolvimento do vínculo materno-infantil⁵. A possibilidade de transmitir a doença para o filho é um fator gerador de conflitos e sentimento de medo²⁵.

Nesse sentido, a contra-indicação da amamentação, geralmente, vai de encontro aos desejos e intenções da mãe. Assim, é importante que os profissionais realizem o acolhimento durante o processo de sofrimento da mulher. Nesta perspectiva, as representações sociais relacionadas à amamentação como símbolo da maternidade devem ser muito bem compreendidas, objetivando trazer sentimentos positivos para a mãe, contudo sem deixar de destacar os riscos de expor o bebê ao adoecimento²⁶.

A impossibilidade de oferecer o próprio leite materno pode desencadear, ainda, sentimentos de medo, culpa, tristeza e ansiedade entre as mulheres soropositivas. Elas consideravam-se, também, incompletas e desvalorizadas, gerando até mesmo o autopreconceito em algumas situações²⁷.

Em estudo realizado em hospital localizado no subcondado de Kisumu, no Quênia, verificou-se os sintomas indicativos de depressão em três momentos: 28 a 38 semanas de gestação, seis semanas pós-parto e cinco a sete meses pós-parto. Durante esse acompanhamento observou-se que 80% das participantes do estudo apresentavam sintomas indicativos de depressão no terceiro trimestre da gestação, como preocupação com a TV, ansiedade, estresse, constrangimento com o diagnóstico, tristeza, porém houve diminuição da prevalência para 43% em seis semanas pós-parto e 36% em cinco a sete meses pós-parto²⁸.

Ademais, existe uma cobrança social para a realização da amamentação, expondo as MVHIVs a questionamentos acerca do motivo de não oferecer o leite para a criança. Desse modo, as mães passam por situações constrangedoras e que geram vergonha pela necessidade de inventar justificativas para não expor seu diagnóstico²⁷. Nesse sentido, as representações sociais podem parecer contraditórias, considerando que a soropositividade não é um impeditivo às mulheres de realizarem o sonho de ser mães, mesmo que não amamentem seus bebês.

Do mesmo modo, existe o receio das mães de estarem afastando-se dos filhos por não realizarem a amamentação, posto que esse momento ajuda a promover o vínculo materno-infantil e é socialmente marcado como uma característica que valida a maternidade. Dessa forma, ocorre o sentimento de culpa por não poder nutrir a criança com leite materno e o distanciamento do “sentir-se mãe”²⁹. É sabido, entretanto, que é necessário ofertar ao bebê mais que uma dieta adequada; é primordial um ambiente emocional seguro e amoroso, o qual pode ser alcançado por intermédio do carinho, calor, proximidade, pelo olhar entre a díade. Afinal, este ambiente tornar-se-á a experiência primária socializadora de sua vida³⁰.

Diante dos sentimentos supracitados, pode-se argumentar que a impossibilidade de amamentar aumenta a vulnerabilidade psicológica da genitora, que passa a necessitar de um ambiente com maior amparo. Desta forma, os profissionais de saúde, os familiares e a comunidade desempenham um papel vital no apoio emocional, por exemplo por meio de Organizações Não Governamentais (ONGs) e agências de apoio, como a Sociedade Viva Cazuzu, o Instituto Vida Nova entre outros³⁰.

A descoberta da soropositividade geralmente é marcada como um momento difícil, principalmente quando ocorre durante a gravidez, representando um castigo, trazendo medo, angústia e culpa pela possibilidade de transmitir a doença ao filho. Nesse momento o medo é o sentimento

frequentemente demonstrado. As mulheres temem pela sua saúde e pelo risco de transmissão vertical para as crianças, sentindo também a angústia de como dividir o diagnóstico com os familiares³¹.

Ademais, a maternidade, associada ao diagnóstico de soropositividade para o HIV, também produz temor quanto ao futuro da criança. Essa representação social pode fazer a mulher sentir-se incompetente como mãe, seja pelo medo de não estar presente na criação dos filhos pela evolução da infecção, seja pelo medo de os filhos passarem por situações de preconceito³².

O processo de supressão da produção de leite materno também pode ter repercussões negativas, tanto mentais quanto físicas, sendo uma forma de representação social da problemática que permeia a soropositividade. Um estudo mostrou que a falta de informações acerca dos cuidados com as mamas no pós-parto resultou em queixa de desconforto, dor, ingurgitamento mamário e edema das mamas³¹.

Em relação ao tratamento, a TARV está indicada para todos os pacientes com diagnóstico de soropositividade, independente da presença de sintomas. O esquema inicial recomendado para gestantes é a combinação da Lamivudina e Tenofovir (TDF/3TC), pois, além da efetividade, está disponível em uma única dose, o que favorece a adesão terapêutica, juntamente com o Raltegravir (RAL)².

Como limitação deste estudo aponta-se que os achados encontrados na presente pesquisa trazem resultados restrito à instituição e amostra estudadas, portanto os dados não podem ser generalizados para outras populações em diferentes contextos.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, mesmo na atualidade com tantas transformações nas áreas tecnológica, científica, política e social, as mulheres vivendo com HIV ainda vivenciam a gestação, a maternidade e a impossibilidade da amamentação, o que pode acarretar sentimentos negativos como medo, frustração, culpa, tristeza, angústia, principalmente por reconhecerem a importância do leite materno para o bebê e acreditarem que o momento de alimentar o bebê produz vínculo entre o binômio mãe e filho, como também podem ter sentimentos de fé e esperança de que seu filho possa viver sem a doença.

Apesar do desconhecimento da maioria sobre o significado do aleitamento materno exclusivo, quando indagadas a respeito do desejo de amamentar, muitas declararam possuir essa vontade e que ofertariam o leite materno caso não possuíssem contraindicação.

Observou-se, ainda, que o serviço de saúde ofereceu o esclarecimento acerca da impossibilidade de amamentar e suas causas, posto que as entrevistadas confirmaram que houve a orientação e conseguiram explicar, mesmo que de maneira simples, o porquê da contraindicação.

Vale ressaltar a importância do profissional de saúde na realização de atividades educativas voltadas para a temática da impossibilidade da prática do aleitamento materno nessa situação de risco de infecção pelo HIV. A equipe de saúde auxilia com plano de cuidados para o enfrentamento e acolhimento, além de planejamento familiar e reprodutivo.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Finance Code 001.

Agradecimentos à Universidade Federal do Maranhão – Pibic/CNPq/Fape|Ma/Ufma 2020-2021 Edital Ageufma Nº 013/2020.

REFERÊNCIAS

- ¹ Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Semana epidemiológica 52. Número Especial; dez. 2021. [Acesso em: 2022 dez. 15];ISSN 1517 1159. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf>
- ² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília, 2018. [Acesso em: 10 jun. 2021]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf/view
- ³ Trindade LNM, Nogueira LMV, Rodrigues ILA, Ferreira AMR, Corrêa GM, Andrade NCO. HIV infection in pregnant women and its challenges for the prenatal care. Rev. Bras. Enferm. 2021 [Acesso em: 17 mar. 2021];74(supl. 4):e20190784. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0784>
- ⁴ Souza FLP, Clark LM, Lelis BDB, Dusso MIS, Leite AM. Sentimentos e significados: HIV na impossibilidade de amamentar. Rev. enferm. Ufpe on-line. 2019 [Acesso em: 18 mar. 2021];13:e241854. DOI: 10.5205/1981-8963.2019.241854
- ⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2020. Brasília, 2020 [Acesso em: 16 mar. 2021]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_monitoramento_clinico_hiv_2020.pdf
- ⁶ 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 Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, 2020 [Acesso em: 16 mar. 2021]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view
- ⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Relatório de Monitoramento Clínico das Gestantes Vivendo com HIV. Brasília; 2019 [Acesso em: 24 mar. 2021]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/67093/relatorio_de_monitoramento_clinico_das_gestantes_vivendo_com_hiv_-_dezembro_2019_002.pdf?file=1&-type=node&id=67093&force=1
- ⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [Acesso em: 5 jul. 2021]; Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
- ⁹ 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. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. Brasília; 2018 [Acesso em: 21 jul. 2021]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64833/pcdt_infantil_04_2019_web.pdf?file=1&type=node&id=64833&force=1
- ¹⁰ Silva CM, Alves RS, Santos TS, Bragagnollo GR, Tavares CM, Santos AAP. Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro. Rev Bras Enferm [Internet], 2018 [Acesso em 17 mar. 2021];71(supl1):613-621. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ztwvxH8Q5FBpqnQW6V6PCCH/abstract/?lang=pt>
- ¹¹ Giordani RCF, Piccoli D, Bezerra I, Almeida CCB. Maternidade e amamentação: identidade, corpo e gênero. Ciênc. saúde colet. 2018 [Acesso em: 17 mar. 2021];23(8):2.731-2.739. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.14612016>
- ¹² Minayo MCS (org.). Pesquisa social. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2001. p. 27. [Acesso em: 27 out. 2022].
- ¹³ Bertoni LM, Galinkin AL. Teoria e métodos em representações sociais. In: Mororó LP, Couto MÊS, Assis RAM, orgs. Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias [on-line]. Ilhéus, BA: Editus; 2017 [Acesso em: 8 jun. 2019];101-122. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/yjxdq/epub/mororo-9788574554938.epub>
- ¹⁴ Moscovici S. Representações sociais: investigação em psicologia social. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003. [Acesso em: 17 mar. 2021].
- ¹⁵ Bick MA, Ferreira T, Sampaio CO, Padoin SMM, Paula CC. Perfil de gestantes infectadas e crianças expostas ao HIV atendidas em serviço especializado do sul do Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2018 [Acesso em: 24 mar. 2021];18(4):791-801. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000400007>
- ¹⁶ Souza Júnior EV, Cruz DP, Caricchio GMN, Jesus MAS, Boery RNSO, Boery EN. Aspectos epidemiológicos da morbimortalidade pelo vírus da imunodeficiência humana no nordeste brasileiro. Rev. Pesqui. Univ. Fed. Estado Rio

- J., on-line. 2021 [Acesso em: 17 mar. 2021];13:144-149. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controler-cancer/resource/pt/biblio-1147708?src=similardocs>
- ¹⁷ Fernandes RAC, Barbosa Filho EA, Vieira ACS. Mulheres que vivem com HIV/Aids: narrativas sobre violências em forma de cotidiano. *O Social em Questão*. jan./abr. 2022. [Acesso em: 17 jul. 2023];25(52):253-274. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/56387/56387.PDF>
- ¹⁸ Padoin SMM, Marchi MC, Santos WM, et al. A influência da situação conjugal no suporte social em pessoas infectadas pelo HIV: estudo transversal. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2018 [Acesso em: 24 ago. 2021];8:e2485. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.2485>
- ¹⁹ Hernando V, Alejos B, Montero M, Pérez-Elias Maj, Blanco JR, Giner L, et al. Reproductive history before and after HIV diagnosis: a cross-sectional study in HIV-positive women in Spain. *Med[Internet]*. 2017 [cited 2017 Apr. 21];96(5):e5991. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5293456/>.
- ²⁰ Moraes CSV. O Ensino Médio e as comparações internacionais: Brasil, Inglaterra e Finlândia. *Educ. Soc., Campinas*. abr./jun. 2017;38(139):405-429. [Acesso em 16 jul 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/VH8WwHPbLVZsDCTyytDCJvQ/?format=pdf&lang=pt>
- ²¹ Ferreira AVSG, Rocha BAM, Castro ACO, Piedade PHM, Botelho CAO, Botelho Junior CAO. Prevalência de gestantes diagnosticadas com HIV no “teste da mamãe” do Estado de Goiás no ano de 2005 a setembro de 2016. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021 [Acesso em: 24 ago. 2021];4(2):7.026-7.040. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/download/27449/21746>
- ²² Pinho AA, Villela WV, Barbosa RM, Monteiro SS. Aborto entre mulheres vivendo e não vivendo com HIV/AIDS usuárias de serviços públicos de saúde no município de São Paulo: prevalência, contextos e motivos. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2020 [Acesso em 24 ago. 2021];19(4):837-849. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400006>.
- ²³ Santos VF, Pedrosa SC, Aquino PS, Lima ICV, Cunha GH, Galvão MTG. Suporte social de pessoas com HIV/Aids: Modelo da Determinação Social da Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018 [Acesso em: 11 ago. 2021];71 (suppl 1):625-630. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0346>
- ²⁴ 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 do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. [Acesso em: 15 jul. 2023]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.2.ed.rev.pdf
- ²⁵ Lima CN, Rêgo HCLJ, Moraes LP. Aleitamento materno: a visão de puérperas soropositivas para hiv e htlv quanto a não amamentação. *Nursing (São Paulo)*. 2019 [Acesso em: 13 ago. 2021];22(248):2.583-2.586. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-980662>
- ²⁶ Sousa TNF, Costa TAM, Silva LCS. A vivência das mulheres portadoras de HIV e o processo de não amamentação. *Saúde & Ciência em Ação*. 2020 [Acesso em: 18 fev. 2022];6(2):98-122. Disponível em: <https://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/download/809/539>
- ²⁷ Silva FN, Raton LD, Miranda FP. Significados para puérperas soropositivas diante da impossibilidade de amamentar. *Enfermagem Brasil*. 2018 [Acesso em: 20 fev. 2022];17(4):386-393. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1676/3886>
- ²⁸ Tuthill EL, Maltby AE, Odhiambo BC, Akama E, Pellowski JÁ, Cohen CR, Weiser SD, 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 and Behavior*. 2021 [Acesso em: 21 fev. 2022];25(12):4.154-4.168. DOI: 10.1007/s10461-021-03283-z
- ²⁹ Alvarenga WA, Nascimento LC, Leal CL, Fabbro MRC, Bussadori JCC, Melo SSS, et al. Mães vivendo com HIV: a substituição do aleitamento por fórmula láctea infantil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019 [Acesso em: 24 fev. 2022];72(5):1.153-1.160. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0880>
- ³⁰ Souza NO. A impossibilidade de amamentar em gestantes portadoras do HIV: uma revisão de literatura. [TCC]. Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2015.
- ³¹ Silva LBS, Silva CLC, Santos JMF, Gama MLS, Silva YNS, Melo GB. Vivência de mulheres portadoras de HIV/Aids sobre o período gravídico-puerperal. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde, Alagoas: Unit*; 2019 [Acesso em: 24 ago. 2021];5(2):83-93. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/5988/3336>
- ³² Silva CB, Motta MGC, Bellenzani R. Maternidade e HIV: desejo reprodutivo, sentimentos ambivalentes e cuidado (não) ofertado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019 [Acesso em: 11 ago. 2021];72(5):1378-1388. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0063>

Submetido em: 6/4/2023

Aceito em: 18/9/2023

Publicado em: 27/03/2024

Contribuições dos autores:

Janaina Ferreira e Silva: Conceituação; Curadoria de dados; Análise Formal; Investigação; Redação do manuscrito original.

Ezequiel Almeida Barros: Curadoria de dados; Análise Formal; Redação – revisão e edição.

Milena da Silva Soares: Curadoria de dados; Investigação; Redação do manuscrito original.

Romila Martins de Moura Stabnow Santos: Curadoria de dados; Redação do manuscrito original.

Ana Cristina Pereira de Jesus Costa: Análise Formal; Disponibilização de ferramentas; Redação – revisão e edição.

Livia Maia Pascoal: Análise Formal; Disponibilização de ferramentas; Redação – revisão e edição.

Marcelino Santos Neto: Conceituação; Metodologia; Design da apresentação de dados; Redação – revisão e edição.

Floriacy Stabnow Santos: Conceituação; Obtenção de financiamento; Investigação; Metodologia; Administração do projeto; Supervisão; Design da apresentação de dados; Redação – revisão e edição.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Financiado por: Universidade Federal do Maranhão. Pibic/CNPq/Fapema/Ufma 2020-2021 Edital Ageufma nº 013/2020

Autora correspondente:

Floriacy Stabnow Santos

Universidade Federal do Maranhão – Centro de Ciências de Imperatriz

Campus Avançado Bom Jesus – Av. da Universidade, S/N, Bairro Dom Afonso Felipe Gregory

Imperatriz/MA. Brasil – CEP: 65.915-240

floriacy.stabnow@ufma.br

EDITORES:

Editor associado: Dr. Giuseppe Potrick Stefani

Editora chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.

