**FACULDADE METROPOLITANA DE MANAUS - FAMETRO**

**PATRÍCIA FERREIRA SARAIVA**

**TATIANE DA SILVA MOTA**

**PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS QUE CONVIVEM COM HIV FRENTE AO ATO DE AMAMENTAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**Manaus**

**2018**

**PATRÍCIA FERREIRA SARAIVA**

**TATIANE DA SILVA MOTA**

**PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS QUE CONVIVEM COM HIV FRENTE AO ATO DE AMAMENTAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

.

Projeto de pesquisa para a obtenção do título de graduação de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Metropolitana de Manaus - FAMETRO

Orientadora: GRACIANA LOPES

**Manaus**

**2018**

**SUMÁRIO**

[**1.** **INTRODUÇÃO** 4](#_Toc500423078)

[**2.** **JUSTIFICATIVA** 6](#_Toc500423079)

[**3.** **OBJETIVOS** 7](#_Toc500423080)

[**3.1** **OBJETIVO GERAL** 7](#_Toc500423081)

[**3.2** **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** 7](#_Toc500423083)

[**4.** **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA** 8](#_Toc500423084)

[**4.1 ALEITAMENTO MATERNO** 8](#_Toc500423085)

[**4.2 HIV** 10](#_Toc500423088)

[**4.3 SENTIMENTOS EXPERIMENTADOS PELAS PUÉRPERAS PORTADORAS DE HIV** 12](#_Toc500423089)

[**5.** **METODOLOGIA** 14](#_Toc500423090)

[**6.** **REFERENCIAS** 15](#_Toc500423091)

1. **INTRODUÇÃO**

Em meados do século XX surgiram os primeiros casos de Aids, uma doença desconhecida que provocou reações de medo, preconceito e impotência na comunidade científica e principalmente na população. Estudos epidemiológicos indicaram, naquela época, maior incidência de casos entre indivíduos homossexuais estabelecendo, inicialmente, uma relação entre os casos de adoecimento e a conduta de integrantes de grupos historicamente marginalizados. Paralelamente, investigações clínicas demonstraram fragilidade imunológica entre os indivíduos acometidos e conduziram as pesquisas à descoberta de um agente infeccioso, o HIV (HumanImmunodeficiencyVirus).( FERREIRA-BERTAGNOLI, M.S.F. 2012)

A transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ocorre por meio da relação sexual ou seja, contato homo, hetero ou bissexual, pela exposição parenteral ou de mucosas a sangue, hemoderivados ou instrumentos perfurocortantes contaminados pelo HIV; e através da transmissão vertical (TV) – da mãe para o filho durante a gestação, parto ou amamentação.

O processo acelerado de mulheres infectadas trouxe como principal consequência o crescimento nas taxas de transmissão vertical (TV) do Vírus da Imunodeﬁciência Humana (HIV). Diante disso, houve um aumento percentual considerável de crianças em todo o mundo com o vírus HIV, devido ao fato de que muitas das mulheres com Aids encontram-se em idade reprodutiva (BRASIL, 2004). Como consequência desse processo, a criança passou a constituir também um grupo de risco, já que a transmissão vertical (TV) pode ocorrer através do parto e pós-parto, levando em consideração que o diagnóstico de infecção retroviral feminina se dá na maioria dos casos no período do pré-natal e concepção do feto (BRASIL, 2010).

A transmissão vertical tornou-se, no decorrer dos anos, a principal via de infecção do HIV em crianças. A primeira ocorrência de transmissão vertical registrada no Brasil se deu em 1985, no estado de São Paulo, onde foram diagnosticados dois pacientes, que representavam 0,4% do total de casos do período. No ano de 2006, foi responsável por 85,2% dos casos em menores de 13 anos de idade, e em2007, por 91,4% do total de casos. (LANA FCF, LIMA AS. 2010)

Neste contexto assistencial a equipe de enfermagem tem grande importância no cuidado direto às puerperas. A enfermeira é a responsável por orientar a equipe de enfermagem para que esta desempenhe com êxito tais cuidados. No alojamento conjunto, as puerperas possuem necessidades diferenciadas nem sempre compreendidas pela equipe de enfermagem, que por sua vez não está preparada para prestar assistência de forma que essas mulheres possam se sentir acolhidas e tratadas de forma adequada.

Trabalhar com estas puerperas se torna difícil não somente por tudo que envolve esta condição, ou seja, viver com HIV/AIDS, mas principalmente por elas encontrarem dificuldades que englobam questões emocionais, sociais e éticas. Com isso, podemos perceber que cada mulher que se encontra nesta situação deve ser tratada de forma integral e individualizada para que suas expectativas e necessidades possam ser atendidas adequadamente.

1. **JUSTIFICATIVA**

Para tentar impedir a transmissão do HIV da mãe para filho, os cuidados começam durante o período intra-uterino, quando a gestante soropositiva deve seguir um esquema anti-retroviral adequado para o seu caso.  O Ministério da Saúde recomenda a suspensão total do aleitamento e a inibição da produção do leite materno em caso de mãe soropositiva.

Muitas são as indagações relacionadas ao tema em questão, por isso vê-se a necessidade de um acompanhamento mais a fundo da realidade vivida por essas mulheres que necessitam de uma assistência a saúde diferenciada. A vivencia da cliente é influenciada pelo cuidado recebido pois esse é o somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. (CARNEIRO LTV.2010)

1. **OBJETIVOS**
   1. **Objetivo geral**

Analisar a percepção de puérperas portadoras do vírus HIV diante da impossibilidade de amamentação.

* 1. **Objetivos específicos**
* Identificar por meio dos artigos, quais os maiores obstáculos vivenciados por essas puérperas, tendo que enfrentar/vivenciar uma gravidez com a doença e o fato de não poder amamentar seu bebe;
* Traçar o padrão do aumento de casos de puérperas portadoras de HIV co possível transmissão vertical.
* Abordar a importância e significado da gestação na vida da mulher.

1. **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

**4.1 ALEITAMENTO MATERNO**

O leite humano é ideal para o RN e a sua complexidade imunológica o torna uma substância viva ativamente protetora. Ele é um alimento completo e essencial, e adequa-se às mudanças e necessidades nutricionais, imunológicas e afetivas da criança durante o seu desenvolvimento e crescimento.

O colostro começa a ser produzido no segundo trimestre de gestação até os primeiros dias pós-parto. A sua coloração inicial é branco amarelado, sua concentração é espessa e torna-se mais líquido no final da gestação e logo após o parto, em uma quantidade mais volumosa para atender as necessidades do RN (ABDALA, 2011).

O colostro modifica-se para o leite de transição e leite maduro e esta evolução tem duração do terceiro até o décimo quarto dia após o nascimento. A composição do colostro difere do leite maduro nos seguintes aspectos: contém o dobro de proteínas, mais albumina e globulinas; menor concentração de lactose, gorduras e maior concentração de sais minerais, fatores de crescimento e fatores imunológico c como a imunoglobulina A secretora. Esta imunoglobulina forma uma barreira na mucosa gastrointestinal do RN impedindo a instalação de microorganismos (ABDALA, 2011).

O leite humano e o colostro contém linfócitos T e B, monócitos, macrófagos, neutrófilos e células epiteliais. Os macrófagos são as principais células e chegam a totalização de 90% a 95%, observando-se uma alta concentração nesta fase inicial. Ao final da primeira semana de lactação, o colostro pode atingir dez vezes a concentração celular do sangue periférico (ABDALA, 2011).

O leite humano contém os linfócitos T de memória que são os principais estimuladores do sistema imunológico dos RNs e lactantes. O sistema imune do RN evolui rapidamente pela exposição de sua microflora intestinal, obtida da mãe após o nascimento. Na lactante, o mecanismo enteromamário ou broncomamário ocorre quando patógenos entram em contato com as mucosas do intestino ou aparelho respiratório e são fagocitados pelos macrófagos, desencadeando uma ação estimulante nos linfócitos T, promovendo a diferenciação dos linfócitos B produtores de IgA ( ABDALA, 2011).

Os RNs nascem com uma deficiência ou janela imunológica e ao receberem as imunoglobulinas do colostro e estas assim atingirem a corrente sanguínea os tornam competentes (ABDALA, 2011).

O leite humano é composto basicamente por proteínas, açucares, minerais e vitaminas e gorduras. A composição do leite varia de uma mãe para outra que são afetados por variáveis como: idade materna, paridade, saúde e classe do seu estado nutricional, a menos que se trate de causas de subnutrição grave (NICK, 2011).

O puerpério é um momento especial, no qual se aplicam algumas regras para a alimentação. Este, mais conhecido como período de resguardo, pós-parto, quarentena entre outros, dura cerca de 40 dias e possui grande significado cultural (MUNIZ, 2010).

A amamentação materna, além de fortalecer os laços afetivos entre mãe e filho, o envolvimento dos familiares e do pai, favorecerá a duração mais prolongada da amamentação. Assim que o bebê nasce, é ideal iniciar a amamentação, pois, ajudará a controlar o sangramento pós-parto e a involução uterina prevenindo a anemia materna. Durante a amamentação exclusiva, a mãe produz dois tipos de substâncias: a prolactina e a ocitocina. A prolactina será responsável pela produção do leite e a ocitocina vai atuar na liberação do leite e na contração uterina, diminuindo assim o sangramento (UNICEF, 2007).

De acordo com a UNICEF (2007), a amamentação também ajuda no planejamento familiar, evitando que a mulher engravide novamente. Mas essa gravidez só será evitada se a mãe ainda não tiver menstruado após o parto e se a amamentação for exclusiva, e ainda se a criança tiver menos de seis meses de idade, do contrário a mulher poderá engravidar.

É de grande relevância o aleitamento materno nos custos do orçamento familiar e também para o estado. A alimentação artificial comparada ao aleitamento materno é bem mais dispendiosa, acrescentando-se ainda os custos indiretos como uso de medicações e atendimentos ambulatoriais e hospitalares em razão de morbidades que poderiam ser evitadas através da amamentação materna até os 6 meses de vida. As despesas da família com a chegada de uma criança aumenta, podendo ser reduzida se a mãe alimentar a criança no seio, evitando introduzir precocemente outros tipos de alimentos (MUNIZ, 2010).

Segundo (MUNIZ, 2010), mães relatam a diminuição de mau humor e estresse após as mamadas, efeito mediado pelo hormônio ocitocina que é liberada em grande quantidade na corrente sanguínea durante a amamentação. Elas relatam também a sensação de bem estar no final das mamadas que deve-se a liberação endógena de beta-endorfina no organismo materno. Estudos têm demonstrado a relação benéfica entre a amamentação e a incidência de doenças, como cânceres ovarianos, fraturas ósseas por osteosporose, menor risco por artrite reumatoide e o retorno mais rápido do peso pré-gestacional (NASCIMENTO, 2011).

Segundo (NASCIMENTO, 2011) o aleitamento materno protege contra o câncer de mama. Estes autores realizaram um estudo em Israel, onde foram avaliados 256 casos comparados a 536 controles; os resultados mostraram que as mulheres judias com pouco tempo de amamentação, início tardio da primeira mamada e percepção de “leite insuficiente”, apresentaram maiores riscos de ter câncer de mama.

**4.2 HIV**

Desde o início da epidemia em 1980 até junho de 2012, o Brasil registrava 656.701 casos de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), com uma taxa de incidência em 2011 de 20,2 casos por 100 mil habitantes. Com exceção da Região Sudeste, todas as demais registraram um aumento, saltando de 27,1 para 30,9 casos por 100 mil habitantes na região Sul do Brasil. (BRASIL, 2012)

A faixa etária mais incidente é a de 25 a 49 anos de idade, para ambos os sexos. A razão de sexos (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres) que em 1989 era de seis homens para cada mulher, em 22 anos modificou para 1,7 homem para cada mulher. As mulheres estão se contaminando mais e precocemente em relação aos homens. (BRASIL, 2012)

O crescimento da epidemia da AIDS nos últimos anos, em especial entre as mulheres, tem chamado a atenção para um novo desafio relacionado ao controle da transmissão vertical (TV) do HIV (BRASIL, 2010), devido a um aumento da infecção pelo HIV em gestantes. (BRASIL, 2014)

Mundialmente, a transmissão vertical (de mãe para filho) representa a principal causa de infecções pediátricas por HIV (mais de 90% dos casos) (MULUYE D, WOLDEYOHANNES D, GIZACHEW M, TIRUNEH M, 2012). Em países como África do Sul, onde a prevalência de HIV é elevada, há uma escassez de dados sobre a efetividade de programas nacionais de prevenção da transmissão vertical. (GOGA AE, DINH TH, JACKSON DJ, LOMBARD C, DELANEY KP, PUREN A, ET AL, 2014)

Atualmente, eliminar a transmissão vertical é uma das prioridades mundiais no campo da saúde pública. (UNITED NATIONS, 2012)

Nos Estados Unidos, teste de rotina pré-natal para HIV, teste rápido para HIV durante o parto, terapia antirretroviral (ARV) materna, infantil e alimentação com fórmula, ou seja, ausência de aleitamento materno, têm sido creditados como fatores responsáveis para a redução na TV, embora o autor da pesquisa especifique que o país tem sofrido críticas relacionadas à não amamentação materna. (LEVISON J, WEBER S, COHAN D, 2014). O risco de TV do HIV é de cerca de 0,1%, com a supressão viral durante o parto, no momento pós-parto, profilaxia da criança e ausência de aleitamento materno. (TOWNSEND CL, CORTIN-BORJA M, PECKHAM CS, DE RUITER A, LYALL H, TOOKEY PA, 2012)

No Brasil entre os anos de 2003 a 2012 foi verificado um aumento de 26,3% na taxa de detecção em gestantes. No ano de 2012 a taxa de detecção de HIV em gestantes apresentou 2,4 casos por 1.000 nascidos vivos. A região Sul foi a única que apresentou detecção superior aos dados nacionais, com coeficiente de 5,8 por 1.000 nascidos vivos. (BRASIL, 2014)

O contágio da mãe para o filho pode acontecer na gestação, durante o parto ou na amamentação. É possível evitar a TV em até 99%, caso o diagnóstico seja rápido e a gestante receba tratamento com medicamentos antirretrovirais. (BRASIL, 2012)

A transmissão do HIV pelo aleitamento materno é discutida desde 1991. Não existem questionamentos sobre a presença do vírus no leite humano e nem sobre o seu potencial infectante, responsável por 14% dos casos de TV do HIV-1, em gestantes com infecção crônica. O fato de a mãe utilizar ARV não controla a eliminação do HIV-1 pelo leite. (SILVA MJM, MENDES WS, GAMA MEAG, CHEIN MBC, VERAS DS, 2010)

**4.3 SENTIMENTOS EXPERIMENTADOS PELAS PUÉRPERAS PORTADORAS DE HIV**

A exclusão da amamentação em mulheres infectadas reduz em até 20% as chances da contaminação da criança. (MACHADO MMT, BRAGA MQC, GALVÃO MTG, 2010). Em caso de amamentação em mães sem uso ARV, atribui-se números que vão de 129.000 a 194.000 infecções por HIV em todo o mundo. (YOUNG SL, MBUYA MN, CHANTRY CJ, GEUBBELS EP, ISRAELBALLARD K, COHAN D, ET AL, 2011)

Mulheres com infecção pelo HIV na fase avançada da doença já experienciam modificações no seu cotidiano pelo seu diagnóstico, como restrições de atividades no lar, saída do emprego, além das perdas relacionadas ao comprometimento físico, o que gera/acentua sentimento de angústia/depressão. Tudo isso acompanhado de uma sensação de inutilidade pelo fato de não conseguirem desempenhar algumas atividades diárias corriqueiras. (CARVALHO CML, GALVÃO MTG, SILVA RM, 2010)

Entender como elas vivenciam uma gravidez neste contexto e, principalmente a inibição da lactação nestas mães, torna-se imprescindível aos profissionais da área da saúde. Nos últimos anos, os estudos têm priorizado a TV do HIV, composição do leite materno em mães com infecção pelo HIV e terapia ARV no pré-natal, parto e pós-parto, assuntos de extrema importância e que têm contribuído para a sua redução, a nível mundial. Porém, pesquisas voltadas aos sentimentos das mães relacionados ao fato de não amamentar são pouco evidentes na literatura, tanto nacional quanto internacional.(PADOIN SMM, SOUZA IEO, PAULA CC, 2010)

As ações maternais que envolvem o aleitamento materno são determinadas por uma visão pessoal de experiências, assim a percepção e a significação do ato de amamentar são influenciadas por questões sociais, culturais e familiares. (MORENO CCGS, REA MF, FILIPE EV, 2010)

A crença do simbolismo maternal é visto de certa forma como uma desconstrução, e essas mulheres passaram a conviver com a possibilidade de amamentar seus filhos através de mamadeiras, numa experiência aceitável e reconstroem através de expressões únicas e positivas, um novo paradigma de cuidado com amor e atenção, mesmo com a oferta da mamadeira.(CARVALHO CML, GALVÃO MTG, SILVA RM, 2010)

Para a mulher que já experienciou a amamentação, torna-se mais difícil aceitar que para este filho ela nãopode expressar seu ato de amor, aliado ao sentimento de impotência, de culpa e de incompetência.Vivenciar a maternidade sem o direito de amamentar e presenciar a amamentação de outras pessoas gera nas mulheres sentimento de tristeza e angústias. A mulher não conta sobre seu diagnóstico, e tem medo de que não amamentar revele sua situação sorológica para os outros. Assim se omite aos questionamentos, ou já se prepara anteriormente para uma resposta que justifica o fato de não estar amamentando. (PADOIN SMM, SOUZA IEO, PAULA CC, 2010)

1. **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura na qual foram consideradas as seguintes etapas de seleção: identificação das questões da pesquisa, busca na literatura, categorização e avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento. Para o desenvolvimento do estudo optou-se por tres bases de dados:Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System oline), Lilacs), Scielo (Scientific Electronic Library Online), seguindo o critério de elegibilidade, artigos publicados de 2010 a 2017. Posteriormente foram utilizados combinados os descritores em ciências da saúde (Decs) “gestantes”, “soroprevalencia de HIV”, “aleitamento materno”, “acolhimento” e suas correspondentes em inglês, “Pregnantwomen”, “HIV Seroprevalence”, “breastfeeding” e “userembracement”. Foram critérios de não elegibilidade: artigos publicados antes de 2010.

1. **REFERENCIAS**
2. ABDALA, Maria Aparecida Pantaleão**. Aleitamento Materno como programa de ação de saúde preventiva no Programa de Saúde da Família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Uberaba, 2011. 57f. Monografia (especialização em Saúde da Família).
3. MUNIZ, Marden Daniel**. Benefícios do aleitamento materno para a puérpera e o neonato: A atuação da equipe de saúde da família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Formiga, 2010.
4. NASCIMENTO**,** Patrícia Flávia Santos do. **Aleitamento materno: fatores contribuites na prevenção do câncer de mama**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de medicina núcleo de educação em saúde coletiva. Formiga, 2011. 20f. monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família ).
5. FERREIRA-BERTAGNOLI, M.S.F. Gestantes soropositivas ao HIV: histórias sobre ser mulher e mãe. 2012. 143p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
6. LANA FCF, LIMA AS. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil. RevBrasEnferm. 2010; 63 (4): 14-22
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde [periódico na Internet]. 2006. Acesso em: 09 Set. 2017. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ abcad18.pdf
8. CARNEIRO LTV. A vivência da maternidade um estudo com gestantes portadoras do HIV. 2010. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2010.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações para proﬁlaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde [periódico na Internet]. 2010. Acesso em: 09 set. 2017. Disponível em <http://www.ensp.ﬁ ocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/490.pdf>
10. BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Saúde. Aids no Brasil. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2012.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2010.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes [Internet]. 2014 acesso em: 09 set 2017 ; Disponível em: http://www.aids.gov.br/pcdt/pediatrico/1.
13. MULUYE D, WOLDEYOHANNES D, GIZACHEW M, TIRUNEH M.Infantfeedingpracticeandassociatedfactorsof HIV positive mothersattendingpreventionofmothertochildtransmissionandantirretroviraltheraphyclinics in Gondar Town healthinstitutions, NorthwestEthiopia. BMC Public Health. 2012;12:240.
14. GOGA AE, DINH TH, JACKSON DJ, LOMBARD C, DELANEY KP, PUREN A, ET AL.Firstpopulation-leveleffectivenessevaluationof a nationalprogrammetoprevent HIV transmissionfrommothertochild, South Africa PMTCT Evaluation (SAPMCTE). J EpidemiolCommunity Health. 2014;0:1-9.
15. UNITED NATIONS. The Millennium DevelpmentGoalsReport [Internet]. 2012 [acesso em: 09 set 2017]; Disponível em: http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%20201 2.pdf.
16. LEVISON J, WEBER S, COHAN D. Breastfeedingand HIV-InfectedWomen in the United States: HarmReductionCounselingStrategies. ClinInfectDis. 2014;59(2):304-9.
17. TOWNSEND CL, CORTIN-BORJA M, PECKHAM CS, DE RUITER A, LYALL H, TOOKEY PA. Low rates ofmother-to-childtransmissionof HIV followingeffectivepregnancyinterventions in the United KingdomandIreland, AIDS. 2008; p:973-81.
18. BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Saúde. É possível evitar em mais de 99% a transmissão do vírus da gestante para o bebê, a transmissão vertical, caso o diagnóstico. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2012
19. SILVA MJM, MENDES WS, GAMA MEAG, CHEIN MBC, VERAS DS. Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2010;43(1):32-35
20. MACHADO MMT, BRAGA MQC, GALVÃO MTG. Problemas com a mama puerperal revelados por mães soropositivas. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010;44(1):120-125.
21. YOUNG SL, MBUYA MN, CHANTRY CJ, GEUBBELS EP, ISRAELBALLARD K, COHAN D, ET AL. Currentknowledgeand future researchoninfantfeeding in the contexto of HIV: basic, clinical, behavioral, andprogrammatic perspectives. Adv Nutr. 2011;2(3):225-243.
22. Carvalho CML, Galvão MTG, Silva RM. Alterações na vida de mulheres com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em face da doença. Acta Paul Enferm. 2010;23(1):94-100.
23. MORENO CCGS, REA MF, FILIPE EV. Mães HIV positivo e a nãoamamentação. Rev. bras. saude mater. infant. 2010;6(2):199- 208.
24. PADOIN SMM, SOUZA IEO, PAULA CC. Cotidianidade da mulher que tem HIV/aids: modo de ser diante da impossibilidade de amamentar. Rev. gauch. enferm. 2010;31(1):77-83.