



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO UNIRIO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO- MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**DÍBULO FERREIRA ABRÃO**

**MANEJO DAS MAMAS PUEPERAIS PARA INIBIÇÃO DA LACTAÇÃO EM**  
**MULHERES SOROPOSITIVAS NO DOMICÍLIO: Contribuições para Enfermagem**

**RIO DE JANEIRO**  
**2013**

**DÍBULO FERREIRA ABRÃO**

**MANEJO DAS MAMAS PUEPERAIS PARA INIBIÇÃO DA LACTAÇÃO EM  
MULHERES SOROPOSITIVAS NO DOMICÍLIO: Contribuições para Enfermagem**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Leila Rangel da Silva

**Rio de Janeiro  
2013**

Abrão, Díbulo Ferreira.

A161 Manejo das mamas puerperais para inibição da lactação em mulheres soropositivas no domicílio :contribuições para Enfermagem /Díbulo Ferreira  
Abrão, 2013.  
100f. : 30 cm

Orientador: Leila Rangel da Silva.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

1. Enfermagem. 2. Saúde da mulher. 3. Aleitamento materno. 4. HIV.

I.Silva, Leila Rangel da.II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro.

Centro de Ciências Biológicas e de Saúde.Curso de Mestrado em Enfermagem.

III. Título.

CDD – 610.73

**DÍBULO FERREIRA ABRÃO**

**MANEJO DAS MAMAS PUEPERAIS PARA INIBIÇÃO DA LACTAÇÃO EM  
MULHERES SOROPOSITIVAS NO DOMICÍLIO: Contribuições para Enfermagem**

Dissertação submetida à Banca Examinadora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em 07 de Março de 2013

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leila Rangel da Silva  
Presidente  
UNIRIO

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marialda Moreira Christoffel  
1<sup>a</sup> Examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Inês Maria Meneses dos Santos  
2<sup>a</sup> Examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristiane Rodrigues da Rocha  
Suplente

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Aparecida de Luca Nascimento  
Suplente

Abrão, Díbulo Ferreira. Manejo das Mamas Puerperais para Inibição da Lactação em Mulheres Soropositivas no Domicílio: Contribuições para Enfermagem. Rio de Janeiro. 2013.100f. : 30 cm Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que teve como objeto o manejo das mamas puerperais de mulheres soropositivas para o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) no domicílio. Os objetivos foram: 1) Identificar os fatores sociais e culturais relacionados ao manejo das mamas puerperais em mulheres HIV positivas no domicílio, 2) Descrever a inibição da lactação pelas mulheres HIV positivas no domicílio e 3) Analisar as estratégias utilizadas pelas mulheres HIV positivas diante da família/amigos frente a inibição da lactação no domicílio. O cenário do estudo foi o Ambulatório de Doenças Infecciosas Pediátricas (Dipe) de uma Instituição Pública Federal em Ciência e Tecnologia com atendimento na área Materno-Infantil no estado do Rio de Janeiro. Para a obtenção dos dados foram utilizados cinco instrumentos: o primeiro nível do Modelo de Sunrise que trata das dimensões da estrutura social e cultural; formulário gineco-obstétrico; entrevista semi-estruturada; diário de campo e os prontuários. O estudo obedeceu aos preceitos éticos da pesquisa e foram entrevistadas 15 mulheres puérperas soropositivas para o HIV que acompanhavam seus filhos no ambulatório da Dipe. O período de coleta de dados foi de janeiro a abril de 2012. O tratamento dos dados foi realizado com base na análise dos dados fundamentada na Análise de Dados de Etnoenfermagem dando origem a duas categorias analíticas: 1) Inibição da lactação por mulheres soropositivas no domicílio: Sentimentos maternos, rede de apoio e manejo das mamas puerperais. 2) Enfrentamento das mulheres soropositivas para o HIV diante da inibição da lactação no domicílio: Reações e estratégias. Reafirmo a necessidade de o enfermeiro compreender a influência cultural com o objetivo de garantir o cuidado pautado nas ações e decisões culturais, respeitando a identidade da puérpera soropositiva para o HIV.

Palavras chave: Enfermagem, Saúde da Mulher, Aleitamento Materno, HIV.

## DEDICATÓRIA

A Deus, que sempre esteve ao meu lado, obrigado pela sua companhia ininterrupta;

À minha mãe: Célia Maria Ferreira Abrão;

Ao meu pai: Dib Abrão Neto (*in memoriam*);

A minha mãe preta Maria, que foi uma mãe do coração;

A minha tia Marina (*in memoriam*) que muito contribui em minha formação universitária.

Aos meus avôs;

Aos meus irmãos;

Aos meus sobrinhos e a toda minha família.

## AGRADECIMENTOS

Aos amigos Paulo São Bento e Lília Moraes incentivadores deste processo.

Aos meus colegas de trabalho, em especial ao grupo de enfermeiros da obstetrícia.

A minha equipe de plantão.

As enfermeiras Silvia Savart e Fernanda Moraes.

Aos examinadores, meu muitíssimo obrigado.

Ao NUPEEMC que contribuiu para o início de toda a caminhada, plantando a semente de pesquisador.

A Professora Eliza Macedo.

Aos amigos do período de convivência no Mestrado da Unirio.

Ao ambulatório DIPE.

E a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, deram-me apoio, estímulo, incentivo e atenção.

**AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À minha esposa **Giane** Coelho Barbosa Abrão e a meu filho **Bernardo** Barbosa Abrão que são a razão de meu viver.

A minha orientadora **Leila** Rangel da Silva por tudo, e a sua mãe **Marlene** a quem tive o prazer de conhecer nesta caminhada.



**É do pequeno que pode surgir o grande e é a partir dos pedaços que surgirá a específica tonalidade que envolverá a totalidade.**

**Pe Adriano Zandoná.**

ABRÃO, Díbulo Ferreira. **The Handling of puerperal breasts for the inhibition of lactation in seropositive women at home: Nursery contributions** Rio de Janeiro, 2013. 100f.:30cm  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

## ABSTRACT

The aim of the study was to present a qualitative approach which had as object the handling of puerperal breasts of seropositive women for the acquired Human Immunodeficiency Virus (HIV) at home. The main objectives were: 1) Identify social and cultural factors related to the handling of the puerperal breasts in HIV seropositive women at home, 2) Describe the inhibition of the lactation done by HIV seropositive women at home and 3) Analyze the strategies used by HIV seropositive women before the family/friends due to the inhibition of lactation at home. The study scenario was the Ambulatory of Infectious Pediatric Diseases (Dipe) an institution publishes in the Federal Science and Technology with assistance in the area Maternal and Child in the state of Rio de Janeiro. For the acquisition of the data five tools were used: the first level of the Sunrise Model which considers the social and cultural structure dimensions, gynecobstetric files, semi-structured interviews; field registers and medical records. The study followed ethical precepts of the research and 15 HIV seropositive puerperal women, who looked after their children, in the ambulatory of Dipe were interviewed. The data was collected from January to April 2012. The handling of the data was conducted based on its analysis having as a basis the Ethnical nursery Data Analysis which originated two analytical categories: 1) Inhibition of lactation in seropositive women at home: maternal feelings, aid network and handling of puerperal breasts. 2) The necessity for HIV seropositive women to face the inhibition of lactation at home: Strategic reactions. I reinforce the necessity for the nurse to understand the cultural influence in order to assure caring based on actions and cultural decisions, respecting the HIV puerperal seropositive woman.

Key-words: Nursing, women's Health, Breast Feeding, AIDS Serodiagnosis.

Abrão, Díbulo Ferreira. Gestión de Mamas puerperales para inhibir la lactancia en las mujeres seropositivas en el país: su contribución a la enfermería. Río de Janeiro, 2013. 100f.:30cm Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

## RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo que tuvo como objetivo la gestión de mama puérperas con seropositividad para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el hogar. Los objetivos fueron: 1) Identificar los factores sociales y culturales relacionados con el manejo de la lactancia puerperal en mujeres VIH-positivas en el hogar, 2) describen la inhibición de la lactancia en las mujeres VIH + en el país y 3) analizar las estrategias utilizadas por las mujeres VIH-positivas antes familia / amigos forward inhibición de la lactancia en casa. El ámbito del estudio fue la Clínica Pediátrica de Enfermedades Infecciosas (Dipe) una Institución Pública Federal para la Ciencia y Tecnología en el ámbito de la atención materno-infantil en el estado de Río de Janeiro. Para obtención de datos, se utilizaron cinco instrumentos: el primer nivel Amanecer modelo que se ocupa de las dimensiones de la estructura social y forma cultural ginecológica obstétrica, entrevistas semi-estructuradas, diario de campo y registros. El estudio siguió las normas éticas de investigación y posparto fueron entrevistados 15 VIH positivos que acompañó a sus hijos en el Dipe ambulatoria. El período de recolección de datos fue de enero a abril de 2012. El análisis de datos se basó en el análisis de datos sobre la base de análisis de datos etnoenfermería dando lugar a dos categorías: 1) la inhibición de la lactancia de las mujeres VIH-positivas en el país: los sentimientos maternales, soporte de red y la gestión de la lactancia puerperal. 2) Hacer frente a las mujeres seropositivas al VIH antes de la inhibición de la lactancia en el hogar: reacciones y estrategias. Reafirmar la necesidad de que la enfermera para comprender la influencia cultural con el fin de velar por el cuidado guiado las acciones y decisiones, con el respeto a la identidad de posparto VIH positivo.

Palabras clave: Enfermería, Salud de la Mujer, La lactancia materna, el VIH

**SIGLÁRIO**

ACTG-AIDS Clinical Trial Group

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AME- Aleitamento Materno Exclusivo

AZT- Zidovudina

BLH- Banco de Leite Humano

BVS- Biblioteca Virtual de Saúde

Dipe- Doenças Infecciosas Pediátricas

DSS- Determinantes Sociais de Saúde

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

IFF- Instituto Nacional de Saúde Mulher Criança e Adolescente Fernandes Figueira

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

MS- Ministério da Saúde

NIAID- Instituto Nacional de Alergias e Enfermidades Infecciosas dos Estados Unidos

OMS- Organização Mundial da Saúde

RJ- Rio de Janeiro

SIDA-Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida

SISNEP- Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNAIDS- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIRIO- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

**SUMÁRIO**

<b>CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 2 – BASES CONCEITUAIS.....</b>	<b>17</b>
2.1 Trinta e dois anos do Vírus da Imunodeficiência Humana .....	17
2.2 Vírus da Imunodeficiência Humana .....	18
2.3 Aleitamento materno e Vírus da Imunodeficiência Humana .....	19
2.4 AIDS no Brasil .....	21
<b>CAPÍTULO 3 - ABORDAGEM METODOLÓGICA.....</b>	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO 4- ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>94</b>

## CAPÍTULO 1

---

### CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo está cadastrado no Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança (NuPEEMC) e inserido na linha de pesquisa Cuidado Cultural à Saúde da Mulher Brasileira: desafios e tendências para enfermagem, coordenado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leila Rangel da Silva e tem como objeto de estudo: o manejo das mamas puerperais de mulheres soropositivas para o HIV no domicílio.

Sabe-se que os benefícios do aleitamento/leite materno para a saúde da mulher e da criança não é mais palco de discussão na Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde. Inúmeros são os estudos que comprovam suas propriedades nutricionais e vínculo mãe e filho. Embora a amamentação seja um ato natural, ligado às questões biológicas e instintivas, é também um comportamento a ser apreendido e fortemente ligado aos valores culturais (PADOIN, TERRA e SOUZA, 2011).

A partir da década de 90, ocorre um aumento do número de casos AIDS em mulheres casadas e com parceiros fixos caracterizando a feminização da epidemia.

A problemática da feminização da AIDS e o contexto da transmissão vertical do HIV frente ao modelo de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno geram um grande e delicado impasse. Muitas mulheres, ao vivenciar a maternidade, desejam amamentar e exercer este momento de forma saudável. A mulher soropositiva, embora possa amamentar, não deve fazê-lo, pois colocará seu bebê sob-risco de contaminação. É o choque entre os benefícios da amamentação, sejam eles biológicos, sociais, culturais, psicológicos e/ou econômicos, e a impossibilidade de ofertá-lo a criança por conta da AIDS pediátrica (PADOIN e SOUZA, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1995) a Organização Mundial da Saúde orienta que cada país decide e posiciona-se, recomendando ou não o aleitamento materno por mulheres infectadas pelo HIV, considerando os aspectos sociais, econômicos e culturais.

Algumas regiões da África as condições sociais e econômicas são bastante precárias e o acesso ao leite artificial e à água potável é difícil ou inexistente. Deste modo, a prática do aleitamento materno neste continente, é aconselhada, mesmo por mulheres soropositivas para o HIV em decorrência da alta mortalidade infantil por desnutrição e pela falta de saneamento (NEME, 2006).

Em se tratando de puérperas soropositivo para o HIV no Brasil, a amamentação transforma-se em um ato proibido e prejudicial ao filho, gerando tensões e questionamentos que podem ser desafiadores para os profissionais que atuam neste contexto. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2007), mulheres infectadas pelo HIV têm o direito à maternidade segura de acordo com o Protocolo 076, para minimizar os riscos de infecção pelo feto. Dentre as medidas profiláticas para a prevenção da contaminação vertical pautaremos nesta investigação a inibição da lactação.

De acordo com o Boletim Epidemiológico AIDS/DST (Brasil, 2012), a taxa de HIV em gestantes no Brasil em 2010 correspondeu a 2,0 casos por 1000 nascidos vivos e no Rio de Janeiro 2,4 casos. Há uma prevalência de 0,41% de infecção pelo HIV em gestantes e estima-se que 12.456 recém-nascidos sejam expostos anualmente no Brasil, o que nos leva a repensar a nossa prática no alojamento conjunto, ao orientar as puérperas soropositivas quanto ao seu auto cuidado, cuidado com o recém-nascido e o manejo das mamas puerperais no domicílio (BRASIL, 2009).

Muitas das vezes, esse processo de orientação é envolto em costumes e práticas culturais já imbricadas como, por exemplo: para ser uma boa mãe é preciso amamentar seu filho exclusivamente no peito, e é sabido que uma das formas para fortalecer o elo entre mãe e filho é através do leite materno. (BRASIL, 2009)

Ao longo desta última década, atuando na área da saúde da mulher, especialmente no período reprodutivo, presenciei diversas situações durante o acompanhamento das mulheres soropositiva para o HIV no ciclo gravídico puerperal que lhes causavam inquietações. Podemos destacar, duas questões me chamaram a atenção. A primeira diz respeito a uma puérpera soropositiva que questionou se poderia tirar a faixa (atadura de crepom) das mamas, que é utilizada para a inibição da lactação, no momento da visita dos familiares no alojamento conjunto. A outra questão, foi com relação a uma mulher soropositiva, passando pelo processo de inibição da lactação por método clínico que confidenciou sua aflição com a possibilidade da patroa, que é da área da saúde, perguntar os motivos dela não estar amamentando, e como deveria ser o seu posicionamento diante desta situação.

Dentre as inúmeras tensões de conflito vivenciadas pelas mulheres soropositivas, seguir a rotina de inibição da lactação é no mínimo constrangedor. Neste sentido, pode-se pensar que a mulher passa por pressões tanto institucionais quanto domiciliares. Primeiro, ela necessita seguir um protocolo ministerial que recomenda a não amamentação; a segunda, também institucional, é silenciosa, mas salta aos olhos desta mulher, que é o ambiente do alojamento conjunto palco de estímulo para a amamentação pelo fato da Instituição em que

trabalho possuir o título Hospital Amigo da Criança; e a terceira é a maior pressão que sofre esta mulher, é o ambiente familiar que cobra a amamentação determinada por padrões sociais e culturais. Desta forma faz-se necessário compreender de que forma as mulheres soropositivas manejam suas mamas para a inibição da lactação no domicílio.

Avaliando esta tríade de pressões, embora considere que existam outras, volta-se a atenção à terceira problemática – pressão no ambiente familiar. Após vivenciar inicialmente a inibição da lactação contrapondo-se ao estímulo da amamentação de outras mulheres no alojamento conjunto, esta mulher retorna para o seio de sua família e se depara com mãe, irmãs, tias, primas, amigas e vizinhas questionando a todo momento porque oferecer o alimento natural.

O processo de amamentar sofre influências do ambiente externo, doméstico e do próprio universo feminino, onde as mulheres soropositivas vivem. Observando a presença de múltiplas forças em seu cotidiano, compostas pelas representações femininas e pelas interferências externas, sejam de familiares, de profissionais ou da comunidade, entender essa mulher neste processo impõe questionamentos sobre como a inibição da lactação e os fatores sociais e culturais podem influenciar na saúde física e emocional da mulher soropositiva para o HIV.

Segundo constatação de Vinhas *et al* (2004), a mulher grávida, quando se descobre portadora de HIV, sofre mudanças psicológicas profundas, como: medo, insegurança e angústias. O estudo de Batista e Silva (2007) aponta para as necessidades emocionais e sociais das mulheres soropositivas que necessitam serem ouvidas, compreendidas e apoiadas. Nesta perspectiva, apesar de a mulher precisar de um apoio emocional, pode ter dificuldade em buscá-lo em outras pessoas, pelo medo de sofrer discriminação.

De acordo com Forna (1999), vários são os aspectos que caracterizam a mulher-mãe, que passa por perseguições, questionamentos acerca da maternidade. Esta mesma autora levanta questões sobre o mito da mãe perfeita, a mãe negligente, mãe que trabalha, mãe idosa e como a sociedade as modela e reprime, impondo-as, e somente a ela, a responsabilidade do presente e do futuro de seus filhos.

Assim, em virtude do exposto, a inquietação vai além do modelo biológico tão conhecido entre os profissionais de saúde, e aponta para as situações enfrentadas pela mulher soropositiva para o HIV em seu domicílio diante da inibição da lactação e, portanto, da impossibilidade de amamentar o seu filho ao seio materno.

Sendo assim foram elaboradas as seguintes **questões norteadoras**:



- Quais são os fatores sociais e culturais relacionados ao manejo das mamas puerperais para inibição da lactação no domicílio das mulheres soropositivas para o HIV?
- Como ocorre a inibição da lactação pelas mulheres soropositivas para o HIV no domicílio?
- Quais são as estratégias utilizadas pelas mulheres soropositivas para HIV diante da família/amigos frente a inibição da lactação no domicílio?

Para responder as questões norteadoras foram traçados como **objetivos**:

- Identificar os fatores sociais e culturais relacionados ao manejo das mamas puerperais em mulheres soropositivas para o HIV no domicílio.
- Descrever a inibição da lactação pelas mulheres soropositivas para o HIV no domicílio.
- Analisar as estratégias utilizadas pelas mulheres soropositivas para o HIV diante da família/amigos frente a inibição da lactação no domicílio.

## **RELEVÂNCIA DO ESTUDO**

Conhecer e compreender o contexto social e cultural de mulheres soropositivas para o HIV e o manejo das mamas puerperais no domicílio é de suma importância para repensarmos a assistência de enfermagem no alojamento conjunto e nas consultas puerperais nas Unidades Básicas de Saúde. Diante disso, faz-se necessário, para o avanço da ciência, conhecer as questões sociais e culturais onde está inserida esta mulher que se vê diante da impossibilidade de amamentar seu filho, e que, ao mesmo tempo tem que atender as demandas sociais e culturais da família e sociedade.

## **CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO**

Este estudo poderá contribuir para o ensino de graduação e pós-graduação na área da saúde, fortalecendo os olhares dos docentes e discentes para as mulheres portadoras do HIV e também para a pesquisa, uma vez que levantará possibilidades de novas investigações, favorecendo futuros estudos.

## CAPÍTULO 2

---

### BASES CONCEITUAIS

---

#### 2.1 TRINTA E DOIS ANOS DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA NO MUNDO

A AIDS foi identificada há 32 anos pela primeira vez, em junho de 1981, percorrendo o início de um momento assustador para o ser humano. Para Rozenbaum<sup>1</sup> (2011) no início, a AIDS era uma nova entidade que aparecia em uma determinada população: homoafetivos<sup>2</sup>, usuários de drogas e a posteriori os hemofílicos, levando a uma estigmatização dessa população que de vítima, passou a ter na sociedade o rótulo de culpada e que não era apenas necessário lutar contra a doença, mas devolver dignidade às pessoas, pois elas eram marcadas pela angústia, pois além do tratamento, isso era tão intolerável quanto o sofrimento físico.

Em relação à erradicação do vírus HIV, Rozembaun (2011) relata que não há nada além de especulações, e não lançaria na premonição em curto ou médio prazo, por se tratar de uma doença muito particular como AIDS que coloca em jogo a imunidade celular.

De acordo com Fauci<sup>3</sup> (2011), de todos os avanços nos últimos 32 anos não é possível dizer que a AIDS está sob controle, pois há 2,6 milhões de novas infecções a cada ano, no mundo, 1,8 milhões de mortes e 33 milhões de pessoas vivendo com o HIV.

O artigo publicado por Fauci em 1982 alertava que não havia base científica para supor que essa doença ficaria restrita a gays e que, provavelmente, ela se espalharia. Infelizmente sua previsão estava certa, além de que ele mesmo podia imaginar. (FAUCI, 2011)

Sobre a origem do vírus HIV, têm-se provas virológicas moleculares irrefutáveis de que a doença veio de chimpanzés e passaram para os humanos. AS pessoas se infectaram ao cortar os chimpanzés, comer ou até mesmo cortando o dedo e se contaminando (FAUCI, 2011).

Para Fauci (2011) com relação a uma vacina, acredita-se que será possível, há mais de 20 anos tenta-se essa possibilidade, porém, sem sucesso. Há um ano e meio atrás em uma experiência na Tailândia, a sua eficácia atingiu 31% entre 16 mil pessoas, número insuficiente para utilizá-la. Acredita-se que nos próximos 30 anos poderemos nos deparar com o que se

---

<sup>1</sup> Infectologista conhecido na França e considerado um dos pais da AIDS, recebeu o prêmio Nobel da medicina por ter isolado o vírus HIV.

<sup>2</sup> Termo designado nos dias atuais para definir antigamente os homossexuais.

<sup>3</sup> Imunologista do NIAD-Instituto Nacional de Alergias e Enfermidades Infecciosas dos Estados Unidos

chama de "prevenção por combinação", tais como: preservativos, circuncisão, prevenção de mãe e filho, modificações comportamentais, profilaxia pré-exposição, microbicidas tópicos e agora a descoberta mais recente quanto mais pessoas forem tratadas, melhor será a prevenção.

Fauci (2011) acredita que conseguindo que as pessoas, que não foram infectadas não contraíam o vírus, usando preservativo e que as pessoas infectadas sejam tratadas, essas duas coisas juntas vão acabar com a pandemia da AIDS. Complementa, dizendo que, a transmissão de mãe para filho está como uma das modalidades de prevenção do HIV.

De acordo com a OMS (2003), a forma mais eficaz de evitar a transmissão vertical do HIV, quer seja durante a gestação, parto ou amamentação é realizar o protocolo ACTG 076, com a utilização de antirretroviral Zidovudina (AZT). Contudo, em estudos conduzidos pela parceria entre Fiocruz no Brasil e pesquisadores da Universidade da Califórnia essa orientação oficial foi modificada. Combinações de dois ou três antirretrovirais (Nevirapina, Nelfinavir e Lamivudina), com a primeira dose ministrada à criança em até 48 horas após o parto, demonstraram ser duas vezes mais eficazes para o corte da transmissão do HIV quando comparadas ao uso de AZT.

O HIV é o vírus mais conhecido pela ciência, como resultado de grandes investimentos em pesquisa nas últimas décadas. Os inúmeros avanços conquistados modificaram muito, para melhor, a realidade dos portadores do vírus, mas ainda há um longo caminho pela frente para que se possa controlar a epidemia de HIV-Aids (FAUCI 2011).

## **2.2 VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA NO BRASIL (DADOS GERAIS DO HIV, DADOS DA MULHER E TRANSMISSÃO VERTICAL).**

A partir de 1980, grandes foram os avanços consideráveis nas políticas públicas em relação ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME), para o qual também contribuíram os profissionais de saúde, em específico os da área da mulher e da criança. Estes esforços eram voltados ao incentivo à amamentação pautada nas vantagens oferecida pelo leite materno em seus múltiplos aspectos: biológicos, nutricionais, sócios, econômicos e familiares (PADOIN e SOUZA, 2006).

A problemática da AIDS se apresentou ao mundo, com maior destaque na década de 80 e logo foi relacionado, erroneamente a grupos de riscos. Os homossexuais, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos compunham estes grupos. Na época, não se esperava que as mulheres pudessem se tornar alvo deste problema, tornando-se grupo com alto índice de

contaminação. Afinal, elas não eram classificadas como grupos de risco (PADOIN e SOUZA, 2006).

O contexto que envolve a transmissão do HIV é mais amplo do que se imaginava há 30 anos, pois após ter sido percebida como um problema de saúde passou a mostrar-se também como um problema social, na dimensão individual e coletiva (PADOIN, TERRA e SOUZA, 2011).

Ainda de acordo com Padoin, Terra e Souza (2011) quando se trata do perfil epidemiológico dos casos de AIDS, emergem questões relacionadas aos contextos sociais das pessoas infectadas pelo HIV ou doentes de AIDS.

Além disto, segundo Brito, Castilho e Szwarcwald (2001), a infecção pelo HIV/AIDS vem sofrendo transformações epidemiológicas significativas, implicando no crescimento substancial de casos em mulheres, a feminização da AIDS. Em 1985, o valor da razão de casos de HIV entre homens e mulheres era de 24:1. Em 1990, passou para 6:1 e desde 1997 a relação de casos de AIDS, entre homens e mulheres, chegou a 2:1.

### **2.3 ALEITAMENTO MATERNO E VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA**

O Ministério da Saúde (Brasil, 2004) sublinha a importância da notificação das gestantes nas quais for detectada a infecção pelo HIV. Desta forma, busca-se conhecer a prevalência do HIV em gestantes e crianças expostas, torna obrigatória a partir da à notificação das gestantes em que for detectada a infecção pelo HIV (diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV em conformidade com as normas e procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde) pela Portaria nº 993, de 04/09/2000, Ministério da Saúde, DO da União Seção 1 p. 1.

Da mesma forma, é obrigatória a notificação das crianças nascidas de mães infectadas ou que tenham sido amamentadas por mulheres infectadas pelo HIV. Para cumprir com este objetivo, existe uma “Ficha de Investigação de Gestantes HIV+ e Crianças Expostas” para a notificação padronizada, que pode ser conseguida em qualquer maternidade.

Em 2002, o SUS, através da Vigilância Epidemiológica, identificou 8.398 casos de AIDS em menores de 13 anos de idade, sendo 7.229 (86,1%) por transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2002).

No Brasil, desde o início da década de 80 até 2002 foram registrados 72.719 casos de AIDS na população do sexo feminino, sendo que o número de gestante até 2001 era de 17.198 mulheres (BRASIL 2003).

O HIV pode ser transmitido para o recém-nascido em três momentos: na gravidez, no parto e pela amamentação. Cerca de 65% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorrem durante o trabalho de parto ou no parto propriamente dito. Os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação. O aleitamento materno representa um risco adicional que se renova a cada exposição da criança ao leite materno (BRASIL, 2007).

Na ausência de qualquer procedimento profilático, a probabilidade de transmissão vertical do HIV é de 25%. Considerando isso, os resultados do protocolo 076 do AIDS Clinical Trial Group (PACTG 076), evidenciaram uma redução de 67,5% na taxa de transmissão vertical do HIV quando adotada a quimioprofilaxia com AZT e a inibição da amamentação. Outros estudos demonstraram que as intervenções profiláticas, realizadas somente durante o parto e puerpério, podem reduzir em cerca de 50%, a probabilidade de transmissão vertical do HIV. Sabemos então que 65% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorrem no trabalho de parto e parto, e que o aleitamento materno representa um risco de 7% a 22% (BRASIL, 2004).

Protocolo ACTG 076 (BRASIL 2004):

**Durante a gestação:**

- Iniciar após 14 semanas (risco de teratogenicidade menor) e antes de 34 semanas (droga demora seis semanas para atingir o pico de ação).
- Esquema: Zidovudina (AZT 500mg/dia VO (uma cápsula de 100mg às 06, 10, 14, 18,22hs).

**Trabalho de parto: usar esquema venoso preferencialmente, se disponível.**

1- dose de ataque:

-2mg/kg IV(em bolus) ou

-400 mg (4 comp. de 100 mg ) VO

Iniciar dose de ataque no momento do início da indução do trabalho de parto ou 4hs antes da cesárea.

2- Manutenção:

-1 mg/kg/hora IV até clampear o cordão umbilical.

Recém-nascido:

Fazer 2 mg/kg de 6/6 h VO de preferência nas primeiras 6 horas de vida até 12hs após o nascimento por 6 semanas.

Contra indicar o Aleitamento materno.

A superioridade do aleitamento materno se transformou em unanimidade no meio científico e foi amplamente divulgada em campanhas. Neste momento, inclusive pelos

pediatras, os benefícios do leite materno, considerando os seus aspectos nutricionais e imunológicos, foram destacados, e a mobilização social pró-amamentação constituiu um dos fatores de maior destaque no Brasil em relação à promoção do aleitamento materno.

Estudos como o de Giuliani (2000) apontam o leite materno como o alimento ideal para o lactante, devido às suas propriedades nutricionais e imunológicas, contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento perpassando pelo fortalecimento do vínculo mãe e filho, reduzindo a mortalidade infantil.

De acordo com Padoin, Terra e Souza (2011) o perfil das pessoas infectadas, em especial das mulheres portadoras do HIV ou que já contraíram a AIDS, está focalizado nas maternidades e nos serviços de pré-natal, apontando a fragilidade do modelo assistencial no que tange ao desenvolvimento de políticas de saúde com enfoque preventivo voltado às mulheres, que possibilitem minimizar a vulnerabilidade ao HIV.

A feminização da AIDS tornou-se um grande problema de saúde pública o que impulsionou o Ministério da Saúde no Brasil a instituir políticas com o objetivo de diminuir esses índices, concretizados em ações tais como: o uso de antirretrovirais pelas gestantes soropositivas e a contra indicação da prática de aleitamento materno pelas mulheres soropositivas.

Como foi visto, o HIV pode ser transmitido pelo leite materno. O risco adicional de transmissão vertical do vírus, através da amamentação, foi estimado em 14% (7%-22%) em mulheres infectadas antes do parto e em 26% (13%-39%) quando a mãe se infecta durante a lactação (GIUGLIANI, 2000).

#### **2.4. AIDS no Brasil - últimos dados**

De acordo o Ministério da Saúde (2011) o Brasil tem até junho de 2011, 608.230 casos registrados de AIDS (condição em que a doença já se manifestou), de acordo com o último Boletim Epidemiológico. Em 2010, foram notificados 34.218 casos da doença e a taxa de incidência de AIDS no Brasil foi de 17,9 casos por 100 mil habitantes.

Observando-se a epidemia por região, em um período de 10 anos, de 2000 a 2010, a taxa de incidência caiu no Sudeste de 24,5 para 17,6 casos por 100 mil habitantes. Nas outras regiões, cresceu: 27,1 para 28,8 no Sul; 7,0 para 20,6 no Norte; 13,9 para 15,7 no Centro-Oeste; e 7,1 para 12,6 no Nordeste. Vale lembrar que o maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (56%).

Atualmente, ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Esse aumento proporcional do número de casos de AIDS entre mulheres pode ser observado pela razão de sexos (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres). Em 1989, a razão de sexos era de cerca de 6 casos de AIDS no sexo masculino para cada 1 caso no sexo feminino. Em 2010, chegou a 1,7 caso em homens para cada 1 em mulheres.

A faixa etária em que a AIDS é mais incidente, em ambos os sexos, é a de 25 a 49 anos de idade. Chama atenção a análise da razão de sexos em jovens de 13 a 19 anos. Essa é a única faixa etária em que o número de casos de AIDS é maior entre as mulheres. A inversão apresenta-se desde 1998. Em relação aos jovens, os dados apontam que, embora eles tenham um elevado conhecimento sobre prevenção da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento do HIV.

Quanto à forma de transmissão entre os maiores de 13 anos de idade, prevalece a sexual. Nas mulheres, 83,1% dos casos registrados em 2010 decorreram de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV. Entre os homens, 42,4% dos casos se deram por relações heterossexuais, 22% por relações homossexuais e 7,7% por bissexuais. O restante ocorreu por transmissão sanguínea e vertical.

Em números absolutos, é possível ver como a redução de casos de AIDS em menores de cinco anos é expressiva: passou de 863 casos, em 2000, para 482, no ano passado. Comparando-se os anos de 2000 e 2010, a redução chegou a 55%. O resultado confirma a eficácia da política de redução da transmissão vertical do HIV (da mãe para o concepto).

O Ministério da Saúde do Brasil (2007) recomenda o uso de medicamentos antirretrovirais durante o período de gravidez e no trabalho de parto, além de realização de cesárea para as mulheres que têm carga viral elevada ou desconhecida. Para o recém-nascido, a determinação é de substituição do aleitamento materno por fórmula infantil (leite em pó) e uso de antirretrovirais. Quando todas as medidas preventivas são adotadas, a chance de transmissão vertical cai para menos de 1%.

## CAPÍTULO 3

---

### ABORDAGEM METODOLÓGICA

#### ABORDAGEM DO ESTUDO E MÉTODO

Para este estudo foi eleita a abordagem qualitativa que nas palavras de Minayo (2010, p. 21), “se ocupa com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, trabalha-se com o universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, das representatividades e dos fenômenos que não podem ser reduzidos em números e indicadores quantitativos.

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória. Para Marconi e Lakatos (2009) e Gil (2008), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, estabelecendo as relações entre variáveis que, junto com as exploratórias, investigam a atuação na prática.

O maior objetivo da pesquisa exploratória é o de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, e que envolve entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e a análise de exemplos que "estimulem a compreensão." (GIL, 2008, p. 41-2) Portanto, as pesquisas descritivas são, junto com as pesquisas exploratórias, o método que os pesquisadores sociais utilizam com frequência para investigar a atuação prática.

#### CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo foi o ambulatório de Doenças Infecciosas Pediátricas (Dipe) do Instituto Nacional de Saúde, da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueiras (IFF), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

O IFF é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz, que tem como missão, melhorar a qualidade de vida e promover a saúde da mulher, da criança e do adolescente.<sup>4</sup>

Reconhecido pelo Ministério da Saúde como Centro Nacional de Referência e pelo Ministério da Educação, como Hospital de Ensino, o IFF mantém papel ativo na saúde pública brasileira desde a sua fundação, em 1924. Por meio de ações articuladas de pesquisa,

---

<sup>4</sup> Texto extraído da página institucional disponível em:  
<http://www.iff.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=2> Acesso em 31 de jan 2013.



ensino, cooperação técnica, atenção integral à saúde, desenvolvimento e avaliação de tecnologias, o IFF está sempre em busca de subsídios para formular políticas públicas em sua área de atuação em âmbito nacional.

É considerado Hospital Amigo da Criança pela Organização Mundial da Saúde, UNICEF e Ministério da Saúde. O título é concedido às instituições que promovem, protegem e apóiam o aleitamento materno. Ao longo do tempo, o IFF recebeu outros reconhecimentos como o Prêmio da Organização Pan-americana de Saúde, pela iniciativa para o desenvolvimento humano no Hemisfério Sul; o Prêmio Sérgio Arouca de Saúde e Cidadania para o Banco de Leite Humano (BLH) e o Prêmio Leila Diniz - Pré-natal e Parto Seguro e Saudável.

A justificativa pela escolha deste ambulatório se deu por ter a certeza de encontrar mães soropositivas para o HIV, considerando que elas teriam que acompanhar seus filhos expostos ao HIV, pelo período de 16 meses, com intervalo de quatro meses em cada consulta até a alta da criança ambulatorialmente, segundo recomendação do Ministério da Saúde.

O serviço de ambulatório de pacientes expostos ao HIV funciona duas vezes por semana, as terças e quintas-feiras, no horário da tarde, de 13h00min as 16h00min. As crianças vêm encaminhadas da maternidade do próprio IFF ou por encaminhamento externo. Não havendo distinção entre público e privado. Também recebe lactantes vindos de orfanatos como Educandário Romão Duarte, ou de outros hospitais públicos. No IFF o início do acompanhamento é a partir do 1º mês de vida, com retorno mensal até o 6º mês de vida, e após, aos 9, 12 e 18 meses.

Este retorno é para garantir o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, para o conhecimento do *status* sorológico, considerando que é durante este período da vida que os exames diagnósticos são realizados. Assim sendo, exclui-se ou não a infecção pelo HIV. O IFF também oferece leite artificial durante os primeiros seis meses de vida (Projeto da Prefeitura do Rio de Janeiro denominado Projeto Rio Criança) para que a mãe HIV não amamente seu filho. Todas as crianças têm direito ao leite artificial, contanto que venham à consulta agendada. Caso o paciente perca a consulta e não remarque para aquele mês vigente, perderá o direito ao leite no mês corrente.

Os exames (carga viral e contagem de células CD4) são solicitados a partir do 1º mês de vida (1º amostra), sendo a segunda amostra colhida a partir do 4º mês de vida. A partir do primeiro ano de vida, solicita-se o teste anti-HIV.

A alta é concedida com 18 meses, caso não apresente clínica sugestiva de infecção pelo HIV e após dois resultados de carga viral indetectável e contagem de células CD4 normal ou um resultado de anti-HIV negativo.

Após o parto o Ministério da Saúde (Brasil, 2003) recomenda ao longo do seguimento neonatal:

#### ORIENTAÇÕES NA ALTA HOSPITALAR E SEGUIMENTO DA CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

1. Agendar consulta para a criança em serviço especializado;
2. Orientar a alimentação do recém-nascido, fornecer a fórmula infantil e orientar seu preparo. Contra-indicar o aleitamento cruzado (amamentação por outra mulher) e o uso do leite materno com pasteurização domiciliar.
3. Reforçar junto à mãe a importância da adesão ao seguimento do RN, bem como a regularidade da administração do AZT xarope, certificando-se que a mãe compreendeu o esquema de tratamento e esclarecendo as dúvidas com linguagem acessível;

Não é recomendada, neste momento, a realização de testes sorológicos anti-HIV no recém-nascido, tendo em vista a transferência passiva de anticorpos maternos.

4. Não existe contra-indicação para a vacinação contra hepatite B e BCG, logo após o nascimento preferencialmente.

#### DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV EM CRIANÇAS

- Considera-se infectada a criança que apresentar resultado positivo em duas amostras testadas pelos métodos de detecção quantitativa ou qualitativa do vírus. Estes testes deverão ser realizados após dois meses de vida.

- A partir dos 18 meses, o diagnóstico será realizado por testes sorológicos (teste anti-HIV)

#### INTERPRETAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Criança provavelmente não infectada:

- \* Entre 2 e 6 meses = duas amostras negativas, por detecção de RNA ou DNA viral, sendo uma delas após o 4<sup>o</sup> mês de vida.

- \* Em crianças maiores de 6 meses de idade, assintomáticas, não amamentadas e com duas sorologias negativas, realizadas com intervalo de dois meses, afasta-se a possibilidade de infecção pelo HIV.

## **SUJEITOS DO ESTUDO E PRODUÇÃO DE DADOS**

O período de coleta de dados foi de Janeiro a Abril de 2012. Inicialmente foi realizado um levantamento do agendamento das crianças expostas ao HIV em acompanhamento no ambulatório de Dipe, totalizando 30 casos, para que fosse realizada a captação dos sujeitos da pesquisa – mães soropositivas para o HIV.

Foi realizada inicialmente uma busca nos registros das crianças atendidas no ambulatório de Dipe, através de consulta as agendas, a fim de resgatar os prontuários para o primeiro contato. Destaca-se que as entrevistas foram realizadas no mesmo dia em que as mães levavam seus filhos para o acompanhamento. Para garantir à privacidade, a entrevista foi realizada em um consultório disponível.

Neste período, compareceram 20 crianças para consulta, sendo que uma delas estava acompanhada pela avó, duas eram adotadas, e duas se recusaram a participar do estudo, totalizando 15 mães entrevistadas.

Como critério de inclusão do estudo ficou estabelecido que fossem todas as mulheres soropositivas para o HIV e que estivessem acompanhando seus filhos no ambulatório de Dipe e que desejassem participar do estudo. Não foram excluídas mulheres por classe social, etnia, religião e/ou local de moradia.

Das 15 mulheres deste estudo, apenas uma estava sozinha. As demais estavam acompanhadas pelos familiares ou amigos, que tiveram a liberdade de participar da entrevista de acordo com a anuência da entrevistada. Antes, porém, garantindo a confidencialidade do estudo, houve um diálogo entre a mulher e o pesquisador sobre o conhecimento do acompanhante a respeito da situação sorológica e sugeriu-se que ela mesma fizesse o convite a ele para o acompanhamento. Das 14 entrevistadas, uma mulher que estava em companhia do companheiro solicitou que ele cuidasse do filho no hall de espera.

## **ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA**

Considerando o que prevê a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional da Saúde, que estabelece normas para a pesquisa com animais e seres humanos (BRASIL, 1996), e a fim de garantir o cumprimento das questões éticas, o estudo foi encaminhado para dois Comitês de Ética para atender as normas do SISNEP.

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) Instituição Proponente - Curso de Mestrado em Enfermagem da UNIRIO. Após parecer favorável deste Comitê, protocolo

0044/2011(Anexo 1) o estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética da Instituição Co-Participante - Instituto Fernandes Figueira, sendo aprovado sob número 0035/2011(Anexo 2) .

Todos os sujeitos foram informados sobre a justificativa, os objetivos e a metodologia do estudo, ficando assegurada a confidencialidade dos dados, bem como o respeito ao anonimato. As depoentes, após receberem todos os esclarecimentos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para, após, iniciar a coleta de dados (Apêndice 1) e foram nominadas pela letra M, identificando-as de M1a M15.

## INSTRUMENTOS PARA A OBTENÇÃO DE DADOS

Para a obtenção de dados foram utilizados cinco instrumentos: 1) Modelo de Sunrise (1º nível - Dimensões da Estrutura Social e Cultural) (Apêndice 2); 2) Formulário gineco-obstétrico (Apêndice 3); 3) Entrevista semi-estruturada (Apêndice 4); 4) Diário de campo e 5) Prontuários.

O Modelo de Sunrise foi utilizado para atender especificamente ao primeiro nível do Modelo de Sunrise de Leininger e sua finalidade foi identificar as dimensões da estrutura cultural e social a partir dos sete fatores: tecnológicos, religiosos e filosóficos, companheirismo e sociais, valores culturais e modos de vida, políticos e legais, econômicos e educacionais. (LEININGER & MCFARLAND, 2006)



Fonte: Leininger, M. (1991)

Essa ferramenta funciona de forma articulada, tornando-se, assim, um facilitador para trabalhar com os diversos fatores de maneira interrelacional. Este modelo também é

coadjuvante no conhecimento e ajuda a compreensão dos modos de vida das mulheres do estudo (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

O cuidado, na perspectiva de Leininger, deve considerar a integralidade, a totalidade e a perspectiva holística da vida, presentes em fatores sociais e culturais, expressos na linguagem e modelos populares e profissionais de saúde.

Para Teixeira e Ferreira (2010) é imprescindível conhecer a cultura dos clientes, acendendo a interpretação do significado do cuidado e experiência de grupos culturais diversos, possibilitando diminuir o distanciamento entre o profissional e o cliente, no sentido de melhorar a adaptação e aceitação das recomendações profissionais.

A partir do questionário sócio-econômico-cultural, foi elaborada a caracterização das depoentes para facilitar a compreensão do leitor. Foram construídos 15 quadros que serão apresentados e discutidos no capítulo análise dos dados. No quadro I, é apresentada a caracterização das 15 mulheres entrevistadas. Nos quadros II a VIII, são apresentados dados referentes aos fatores da estrutura cultural e social: tecnológicos, de religião e filosofia, companheirismo e social, modo de vida, políticos e legais econômicos e educacionais.

Os quadros IX a XII apresentam o perfil gineco-obstétrico, sorológico, descoberta da contaminação, acompanhamento pré-natal e parto, protocolo ACTG.

Os quadros XIII a XV descrevem as orientações para inibição da lactação por profissionais de saúde, orientações dos profissionais para inibição e complicações com as mamas puerperais.

O formulário gineco-obstétrico (Apêndice 3) constou de dados relacionados a menarca, início da vida sexual, número de parceiros, métodos de proteção, paridade, planejamento da gravidez, pré-natal da última gestação, sorologia do companheiro e que também será apresentado e discutido no capítulo análise dos dados.

Para a execução da entrevista semi-estruturada (Apêndice 4) foi empregado como roteiro: aceitação da mulher diante da inibição da lactação, manejo das mamas puerperais no domicílio, apoio social: profissionais, companheiros, família e amigos, reação da família/amigo diante da inibição da lactação e estratégias utilizadas pela mulher soropositiva para inibição da lactação. Valeu-se como recurso de áudio, do gravador tipo MP4 como forma de obter maior segurança quanto à fidelidade das informações.

A aplicação do diário de campo adequou-se como elemento facilitador ao pesquisador na análise dos dados, ou seja, foram anotadas as observações e impressões junto às depoentes para posterior construção do, historiograma apresentado a seguir.

### HISTORIOGRAMA

CODINOME	RELATO RELACIONADO À OBSERVAÇÃO DA DEPOENTE DURANTE A ENTREVISTA
<b>M1</b>	Inicialmente ficou surpresa, queria saber mais dados da pesquisa, para dar resposta de aceite ou não em participar do estudo. Percebi a mulher muito fragilizada ainda pelo processo do diagnóstico e transtorno/aceitação e do filho com relação ao tratamento. Estava aflita, pois iria receber o resultado do último exame e se o filho mantivesse com sorologia negativa receberia alta. Não quis relatar alguns dados em relação ao pai da criança, pois ao descobrir o resultado sorológico de HIV aos nove meses de gestação cortou relação conjugal. Recusou visita de amigos nos primeiros 15 dias pós-parto até o leite secar.
<b>M2</b>	Entrevista tranquila. Bom entendimento acerca da doença e sabia que ia ter que inibir a lactação, utilizando medicação.
<b>M3</b>	A entrevistada adquiriu o HIV pela transmissão vertical, porém descobriu o diagnóstico da soropositividade uma semana antes do parto. Está vivenciando neste momento além da soropositividade para o HIV, a gravidez na adolescência, demonstra-se forte, decidida e com apoio do companheiro. O pai morreu vítima do HIV e a mãe recentemente falecida também por complicações do HIV. Destaca-se que na ocasião da morte da mãe (avó da criança) ela estava com seis meses de gravidez.
<b>M4</b>	Presentes nesta entrevista o pai da criança e também a avó, muito forte a presença religiosa, família materna de cultura mulçumana. Durante a entrevista fica claro que para eles mulçumanos a família é sagrada. Adquiriu HIV do primeiro relacionamento do único companheiro anterior ao atual. Teve forte interferência do marido nas respostas e sempre olhava para ele antes de responder. O marido relatou que a mulher após o diagnóstico passou a ter medo de morrer, se transformou em outra pessoa, introvertida se fechando e apresenta-se com baixa autoestima. Faz tratamento para depressão.
<b>M5</b>	Entrevistada muito contida, introvertida, de poucas palavras, inibida e falas curtas. Chorou ao rememorar a questão da inibição da lactação. Sentiu-se a pior pessoa do mundo por não amamentar o filho, mesmo sabendo que era para protegê-lo. Após a entrevista como pesquisador não me contive, disse que tudo que ela estava fazendo pela filha demonstra o seu amor por ela, e que ser mãe também é descobrir outras formas de amor.
<b>M6</b>	Demonstrou-se tranquila na entrevista, veio com a filha mais velha, participou da entrevista de forma restrita e pontual. Relatou não ter amigos e sentir-se acuada onde mora pelo fato do HIV e por morar recentemente neste endereço.
<b>M7</b>	Foi à terceira gravidez, sendo que descobriu o HIV na primeira gestação sendo os dois primeiros filhos de pais diferentes.
<b>M8</b>	Teve a participação do marido que a ajudou nas respostas de forma complementar, de forma parceira. Inicialmente ficou pensativa em

	participar da entrevista. Demonstrou-se contida na fala, posteriormente conseguiu falar de seus sentimentos numa linguagem simples. Teve dificuldade de entender algumas perguntas sendo necessário repetir adequando a linguagem. Casal muito apegado, buscando apoio na religião.
<b>M9</b>	Por ter descoberto o HIV aos nove meses de gestação, apresentou-se muito abalada com o resultado, se emocionou muito e chorou durante a entrevista.
<b>M10</b>	Entrevista difícil de ser realizada devido à rotina do ambulatório, fomos interrompidos pelos residentes, não tinha sala adequada, o esposo não participou da entrevista, mas interrompeu a entrevista. Depoente relatou ter sido um facilitador ter tomado medicação para secar o leite, e o que foi mais fácil o processo da inibição da lactação, pois todos da família sabiam. Acha que engravidou nas preliminares onde não tem o hábito de usar preservativo
<b>M11</b>	Mulher muito abalada realizou dois testes de HIV sendo que na gestação o resultado foi negativo e um teste rápido também negativo. O esposo é soropositivo. Amamentou o bebê até 1 ano e dois meses sem saber da sua soropositividade. Os primeiros sinais e sintomas do filho foi perda de peso e infecções de repetição. Realizou teste de HIV com resultado positivo. Parou a amamentação 1 mês antes da realização da entrevista, foi muito difícil interromper a lactação. Criança é portadora de síndrome de Down.
<b>M12</b>	Entrevista se deu de forma clara e objetiva, após término retornou a sala de entrevista para perguntar se a entrevista não sairia na televisão.
<b>M13</b>	Demonstrou-se tranquila, aceitando diagnóstico apresentando-se aparentemente estável psicologicamente. Relata que engravidou através do método da seringa que consiste em ejacular na seringa e injetar no canal vaginal no período fértil. Isso foi relato da própria depoente que segundo informação o companheiro é soro discordante.
<b>M14</b>	Entrevistada acompanhada pela prima que segundo ela é o seu porto segura, muito tranquila. Fez uso da medicação para secar o leite que contribuiu para o processo da inibição da lactação com menos transtorno.
<b>M15</b>	Profissional da área de saúde esclarecida relata que incorporou mais a situação de cliente e pessoa do que como profissional. Relata que não foi informada de outras possibilidades de secar o leite, a compressa de gelo não foi suficiente produzindo leite até o 2º mês pós-parto, sendo muito mais difícil passar pelo processo de não amamentar já que o filho sabia que tinha leite. Relata ainda que foi degradante, sempre teve vontade de ser mãe, não deseja mais filhos por ter que vivenciar o árduo processo de não amamentar. Adquiriu HIV de relacionamento anterior e o marido quis ter relação sem camisinha mesmo sabendo que ela era soropositiva, ficou grávida e o companheiro sabendo da gravidez a abandonou justificando não desejar ter filhos.

## ANÁLISE DOS DADOS

O percurso de análise dos dados e elaboração do relatório final desta investigação se deu no período de abril a setembro de 2012. O tratamento dos dados foi realizado com base na análise dos dados fundamentada na Análise de Dados de Etnoenfermagem que segundo Leininger & McFarland (2006) que consiste em uma análise temática, profunda e rigorosa da pesquisa qualitativa, dividida em quatro fases:

**Fase I - Coleta, Descrição e Documentação de Matéria Prima.** O pesquisador coleta, descreve, registra e começa a analisar os dados relativos aos objetivos, domínio de inquirição ou das questões em estudo.

**Fase II - Identificação e Categorização de Narradores e Componentes.** Os dados são codificados e classificados de acordo com o domínio da inquirição e as questões em estudo;

**Fase III - Padrão e Análise Contextual.** Os dados são escrutinados para descobrir a saturação de idéias e os padrões recorrentes de significados semelhantes ou diferentes, expressões, formas estruturais, interpretações, ou explanação de dados relativos ao domínio da inquirição. Os dados são também examinados para mostrar a padronização, com respeito aos significados no contexto, junto com outros dados confiáveis e de confirmação, realizando assim uma recodificação;

**Fase IV - Temas principais, Resultados de Pesquisas, Formulações Teóricas e Recomendações.** Esta é a mais alta fase de análise de dados, sínteses e interpretação. Requer a síntese de pensamento, resultados de interpretação e formulação criativa de dados das fases anteriores. A tarefa do pesquisador é abstrair e confirmar os principais temas, resultados de pesquisas, recomendações e, às vezes, fazer novas formulações teóricas. (LEININGER & MCFARLAND, 2006)

Para a análise dos dados, o pesquisador inicia pela Fase I analisando dados estabelecidos e detalhados antes de passar para a Fase II. Neste segundo estágio, o pesquisador identifica os “representados”, “indicadores” e as “categorias” dos primeiros dados na Fase I. Na Fase III, o pesquisador identifica os “padrões recorrentes” dos dados como derivados das Fases I e II. Na Fase IV, os “temas” do comportamento e de outros “resultados sumarizados da pesquisa” são apresentados e abstraídos dos dados como derivados das três fases anteriores. Em todos os estágios, os resultados de pesquisa da análise dos dados podem ser transportados de volta a cada fase, aos dados estabelecidos na Fase I, para confirmar e conferir os resultados em cada fase. (LEININGER & MCFARLAND, 2006)

Na primeira fase desta etapa da pesquisa, foi realizada a leitura e releitura, descrição e documentação de toda a matéria prima para dar início à análise dos dados de acordo com o



domínio da inquirição – manejo das mamas puerperais pelas mulheres soropositivas para o HIV. Para esta fase foi utilizada a técnica de recorte e colagem. As quinze entrevistas foram previamente transcritas de forma literal gerando 17 páginas digitadas.

Após a leitura prévia de todas as entrevistas impressas, todo o material foi lido e relido, sendo anotadas a lápis, nas laterais das falas, as primeiras impressões. Assim foram construídas 139 unidades temáticas e para esta etapa chamamos de codificação.

- Tristeza pelo desejo de não amamentar.
- Questionamento das pessoas.
- Foi algo natural, planejado.
- Preparo psicológico.
- Não tive depressão.
- Aceitação por parte da família, de quem sabia.
- Tristeza por não conseguir amamentar versus aceitação.
- Baque no diagnóstico (surpresa).
- Muita depressão.
- Terapia para aceitação do diagnóstico.
- Foi muito difícil chegar em casa e não poder amamentar.
- Chorou diante do pesquisador ao falar de sentimentos.
- Tristeza por não amamentar o filho atual.
- Impossibilidade de amamentar pior que o diagnóstico.
- Experiência da soropositividade em outra gestação.
- Sofrimento em ver outras mulheres amamentando.
- Acostumada em inibir a lactação.
- Depressão, retorno do hábito de fumar no período de resguardo, insônia.
- Diante de tantos problemas o mais difícil foi não poder amamentar.
- Medo da doença, por amamentar esse filho até um ano e dois meses.
- Vergonha de dar mamadeira e pelo fato de ver outras mães amamentarem seus filhos no posto de saúde.
- Vergonha do uso da faixa na presença de outras mulheres no hospital.
- Orientação prévia de não amamentação.
- Mesmo conformada com a proibição da lactação durante as informações nas consultas de pré-natal foi um momento doloroso.
- Sentimento de degradação.
- Senti diminuída como mãe e mulher.
- Rio de lágrimas, olhar saber que tinha leite e não podia dar.
- Ninguém está preparado para lidar com isso.
- Diminuída minhas amigas amamentando e eu tinha que andar com mamadeira.
- Ver seu filho chorando e não poder oferecer o seio.
- Traumatizante.
- Pra mim essa parte da amamentação foi traumatizante.

- Ajuda no hospital pós ingurgitamento.
- Ajuda dos profissionais no IFF.
- Sem apoio do companheiro.
- Muitas críticas familiares e de amigos.
- Apoio institucional com 10 latas de leite mensal.
- Apoio do companheiro gravidez planejada.
- Banco de leite humano e ordenha.
- Apoio do companheiro desde o início.
- Não tive visita de amigos.
- Apoio dos irmãos, marido, mãe e médicos.
- Primeiro apoio foi do médico.
- Apoio incondicional da mãe.
- Apoio do posto de saúde informando sobre o risco da transmissão vertical.
- Apoio do companheiro.
- Apoio da família ajudando a colocar compressa e na alimentação da criança.
- Apoio do companheiro.
- Aceitação do companheiro.
- Apoio social: cartão de gratuidade no transporte.
- Ganho com o “problema”.
- Apoio institucional: acompanhamento do meu filho e leite artificial.
- Orientação do profissional do IFF.
- Dispensa de apoio profissional por experiência anterior.
- Ajuda do pai por conhecimento do diagnóstico.
- Falta de apoio profissional.
- Apoio do marido.
- Apoio do companheiro estimulando o serviço de saúde.
- Apoio do companheiro com ressalva de que eu poderia dar o peito como todo mundo dá “senão fosse a doença”.
- Apoio incondicional do companheiro, até se conformar de não poder amamentar.
- Procurei remédio que pudesse inibir, mas não me orientaram.
- Apoio emocional da família.
- Separação por parte do marido ao descobrir a gravidez.
- Enfermagem orientou a colocar gelo.
- Não tive contato com psicólogo.
- Falta de responsabilidade para ter filho.
- Não aceitação pela família que o leite secou.
- Questionada por outros pela não amamentação
- Falaram palavras que me magoasse.
- Ninguém da família e amigos sabe.
- Questionamento pela não lactação.
- Insistência familiar em dar o peito.
- Questionamento pela não produção de leite e não amamentação.

- Crítica familiar contaminação da mulher e do filho, versus soropositividade do marido.
- Cunhadas afirmando que a depoente assinou a sentença de morte pelo conhecimento da doença do marido.
- Questionamento da família pela não amamentação.
- Questionamento por parte da avó por que das mamas estarem cheias e não amamentar.
- Inventava várias desculpas.
- Infecção tomando antibióticos fortes.
- Cistite muito forte = utilizou antibiótico muito forte.
- Leite secou.
- Tive mastite, orientação auxiliada pelo médico.
- Omissão da inibição.
- Falar com as mulheres mães do prédio que estava amamentando.
- Chuveiro água morna.
- Não produção láctea.
- Bebê pequeno dificuldade de pega.
- Desculpa da não lactação pela internação do filho.
- Falava que mamava, não tive outra forma alternativa.
- Informava que para os amigos que a filha mamava bem (gulosa)
- Orava a Deus e tudo passava.
- Justificava junto a outras mães nutrizes que pegou uma infecção no peito e usava antibiótico.
- Justificava diante dos familiares que não gostava de amamentar.
- Para família materna todos sabiam sem necessidade de justificar.
- Diante da família do marido, justificou que teve infecção, e usou antibiótico, o que impossibilitou amamentar.
- Ajuda de medicamentos para secar o leite.
- Para a família justificava a não amamentação pela necessidade de tratamento medicamentoso (antibiótico)
- Dizia que não tinha leite (amigos)
- Dava mamadeira e fazia carinho.
- Compressa de gelo e bromocriptina.
- Compressa de gelo e água gelada.
- Banho gelado.
- Remédio para secar o leite e sutiã apertado.
- Medicação, compressa de água gelada.
- Uso de faixa em gestações anteriores aumentava a produção de leite.
- Enfaixamento das mamas e uso de medicação para secar o leite.
- Enfaixamento doloroso, por ter que tirar a faixa de crepom a todo tempo.
- Comprimido para secar o leite.
- Produzi leite por dois meses.
- Esquecer de colocar gelo.

- Quase empedrou e parei de usar compressa de gelo.
- Sem complicação da mama.
- Ingurgitamento mamário.
- Mastite.
- Descoberta do HIV e separação.
- Proteção do filho.
- Ideal é que toda mãe amamentasse.
- Outras amigas tiveram problemas com as mamas.
- Estética (crítica familiar do peito feio).
- Proteção do filho.
- Chance de não contrair o vírus.
- Sonho de amamentar durante a gravidez.
- Desejo da enteada de amamentar no seio da madrasta.
- Momento do parto na rede privada versus a rede pública.
- Esconder o diagnóstico da família.
- Desejo de engravidar.
- Tristeza do pai.
- Experiência em amamentar os outros filhos.
- Amamentação como vínculo.
- Ganho com o “problema”.
- Sonho de toda mulher em amamentar.
- Bom pai.
- Pedir ajuda médica para amamentar.
- Alojamento conjunto e outras mulheres amamentando.
- Chegar em casa sem o bebê, devido a cirurgia.
- Interrupção da amamentação de forma abrupta, devido à soropositividade do filho.
- Descoberta da soropositividade da mulher pelo companheiro durante o acompanhamento no pré-natal.
- Descoberta da soropositividade na gravidez atual.
- Amamentação elo entre mãe e filho.

Após a codificação, foi realizada uma nova leitura das entrevistas impressas na íntegra, comparando-as com as unidades temáticas. A partir disso, foi identificado novos temas e o agrupamento das unidades temáticas. Após esse exercício, foram realizados seis AGRUPAMENTOS assim chamados de RE-CODIFICAÇÃO.

**Sentimento materno (depressão, tristeza), aceitação da inibição, vergonha, separação do marido, aleitamento como ligação mãe e filho, descoberta do diagnóstico,**

- Tristeza por não conseguir amamentar versus aceitação.
- Tristeza pelo desejo de não amamentar.
- Tristeza pela inibição da lactação.

- Tristeza por não amamentar o filho atual.
- Tristeza diante da impossibilidade de amamentar mesmo ciente.
- Questionamento das pessoas.
- Baque no diagnóstico (surpresa)
- Descoberta da soropositividade na gravidez atual.
- Foi algo natural, planejado.
- Experiência da soropositividade em gestação anterior.
- Preparo psicológico.
- Terapia para aceitação do diagnóstico.
- Não tive depressão.
- Muita depressão.
- Retorno do hábito de fumar no período de resguardo, insônia.
- Sofrimento em ver outras mulheres amamentando.
- Muito difícil ver outras mulheres amamentando.
- Foi muito difícil chegar em casa e não poder amamentar.
- Chorou diante do pesquisador ao falar de sentimentos.
- Impossibilidade de amamentar foi pior que o diagnóstico.
- Acostumada em inibir a lactação.
- Diante de tantos problemas o mais difícil foi não poder amamentar.
- Medo da doença, por amamentar esse filho até um ano e dois meses.
- Vergonha de dar mamadeira e pelo fato de ver outras mães amamentarem seus filhos no posto de saúde.
- Diminuída minhas amigas amamentando e eu tinha que andar com mamadeira.
- Vergonha do uso da faixa na presença de outras mulheres no hospital.
- Normal, pois já tinha orientação prévia de não amamentação.
- Mesmo conformada com a proibição da lactação durante as informações nas consultas de pré-natal foi um momento doloroso.
- Senti assim degradada.
- Senti diminuída como mãe e mulher.
- Rio de lágrimas, olhar saber que tinha leite e não podia dar.
- Ninguém está preparado para lidar com isso.
- Ganho com o “problema”.
- Descoberta da soropositividade na gravidez atual.
- Ver seu filho chorando e não poder oferecer o seio.
- Chance do bebê não contrair o vírus.
- Desejo da enteada de amamentar no seio da madrasta.
- Traumatizante.
- Pra mim essa parte da amamentação foi traumatizante.

## **2-Apoio institucional, profissional, companheiro, materno, familiar e amigos**

- Ajuda no hospital pós-ingurgitamento.
- Banco de leite humano / ordenha.
- Apoio institucional, 10 latas de leite mensal.
- Apoio institucional: acompanhamento do meu filho e leite artificial.
- Apoio social: cartão de gratuidade no transporte.
- Apoio do posto de saúde informando sobre o risco da transmissão vertical.
- Orientação do profissional do IFF.

- Pedir ajuda médica para amamentar.
- Dispensa de apoio profissional por experiência anterior.
- Ajuda dos profissionais no IFF.
- Primeiro apoio foi do médico.
- Falta de apoio profissional.
- Enfermagem orientou a colocar gelo.
- Não tive contato com psicólogo.
- Sem apoio do companheiro.
- Apoio do companheiro.
- Apoio do companheiro.
- Apoio do companheiro gravidez planejada.
- Apoio do companheiro desde o início.
- Aceitação do companheiro.
- Apoio do companheiro com ressalva de que eu poderia dar o peito como todo mundo dá “senão fosse a doença”.
- Apoio do companheiro estimulando o serviço de saúde.
- Apoio incondicional do companheiro, até se conformar de não poder amamentar.
- Separação por parte do marido ao descobrir a gravidez.
- Apoio do marido.
- Tristeza do pai.
- Bom pai.
- Não tive visita de amigos.
- Apoio dos irmãos, marido, mãe e médicos.
- Apoio emocional da família.
- Apoio da família ajudando a colocar compressa e na alimentação da criança.
- Muitas críticas, familiar e de amigos.
- Apoio incondicional da mãe.
- Ajuda do pai por conhecimento do diagnóstico.

### **3- Reação e questionamento dos familiares e amigos diante da não amamentação, culpabilização**

- Falta de responsabilidade pra ter filho.
- Não aceitação pela família que o leite secou.
- Por que eu não estava amamentando.
- Falaram palavras que me magoasse.
- Ninguém da família e amigos sabe.
- Questionamento pela não lactação.
- Insistência familiar em dar o peito.
- Questionamento pela não produção de leite e não amamentação.
- Crítica familiar culpabilizando a contaminação da mulher e do filho, por já saber da soropositividade do marido.
- Muita crítica familiar
- Cunhadas afirmando que a depoente assinou a sentença de morte pelo conhecimento da doença do marido.
- Questionamento da família pela não amamentação.
- Questionamento por parte da avó do por que das mamas estarem cheias e não amamentar.

#### **4-Desculpas das mulheres soropositivas quanto a não amamentação e estratégias utilizadas**

- Mentindo era muito complicado.
- Inventar várias desculpas.
- Infecção tomando antibióticos fortes.
- Justificava junto a outras mães nutrizes que pegou uma infecção no peito e antibiótico.
- Cistite muito forte, tomar antibiótico muito forte.
- Leite secou.
- Tive mastite, orientação auxiliada pelo médico.
- Omissão da inibição.
- Falar com as mulheres mães do prédio que estava amamentando.
- Tomava remédio que secava o leite.
- Gelo.
- Chuveiro água morna.
- Não produção láctea.
- Bebê pequeno dificuldade de pega.
- Desculpa da não lactação pela internação do filho.
- Esconder o diagnóstico da família.
- Falava que mamava, não tive outra forma alternativa.
- Para os amigos que mamava bem, e é gulosa.
- Ai eu orava a Deus e tudo passava.
- Justificava diante dos familiares que não gostava de amamentar.
- Para família materna todos sabiam sem necessidade de justificar.
- Diante da família do marido, justificou que teve infecção, e usou antibiótico, o que impossibilitou amamentar.
- Para a família justificava a não amamentação pela necessidade de tratamento medicamentoso.
- Para os amigos informava que não tinha leite.
- Dizia que não tinha leite.
- Para os amigos não tinha leite.
- Outras amigas tiveram problemas com as mamas.
- Amparava meu filho ao seio e explicava.
- Dava mamadeira e fazia carinho.

#### **5-Manejo das mamas puerperais no domicílio e âmbito hospitalar para inibição da lactação**

- Compressa de gelo e bromocriptina.
- Compressa de gelo.
- Gelo.
- Gelo e compressa tomou remédio.
- Esquecer de colocar gelo.
- Banho gelado.
- Remédio para secar o leite e sutiã apertado.
- Medicação, compressa de água gelada.
- Comprimido para secar o leite.
- Remédio para secar o leite.

- Procurei remédio que pudesse inibir, mas não me orientaram.
- Ajuda medicamentos para secar o leite.
- Uso de faixa em gestações anteriores aumentava a produção de leite.
- Enfaixamento das mamas e uso de medicação para secar o leite.
- Enfaixamento doloroso, por ter que tirar a faixa de crepom a todo tempo.

### **6-Complicações das mamas puerperais.**

- Produção de leite por dois meses.
- Sem complicação da mama.
- Ingurgitamento mamário.
- Ingurgitamento mamário e mastite.
- Ingurgitamento e dor por 1 dia.
- Quase empedrou e parei de usar compressa de gelo.
- Não empedrou.

Após os agrupamentos foi realizada nova leitura, que chamamos de SÍNTESE, onde emergiram duas categorias analíticas com subcategorias:

#### CATEGORIA 1:

#### INIBIÇÃO DA LACTAÇÃO POR MULHERES SOROPOSITIVAS NO DOMICÍLIO: SENTIMENTOS MATERNS, REDE DE APOIO E MANEJO DAS MAMAS PUERPERAIS

1.1 Sentimentos maternos de mulheres soropositivas diante da impossibilidade de amamentar

1.2 Redes de Apoio: institucional, profissional, companheiro, materno, familiar e amigos

1.3 Manejo das mamas puerperais no domicílio para inibição da lactação

#### CATEGORIA 2:

#### ENFRENTAMENTO DAS MULHERES SOROPOSITIVAS PARA O HIV DIANTE DA INIBIÇÃO DA LACTAÇÃO NO DOMICÍLIO: REAÇÕES E ESTRATÉGIAS

2.1 Reação dos familiares e amigos diante da não amamentação:

2.2 Estratégias utilizadas pelas mulheres soropositivas para justificar a não amamentação



## CAPÍTULO 4

### ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi dividida em dois momentos. Primeiramente serão apresentados e discutidos os fatores sociais e culturais e a sua relação com o manejo das mamas puerperais de mulheres soropositivas para o HIV, e posteriormente, serão discutidas as duas categorias que versarão sobre a inibição da lactação, redes sociais e enfrentamento diante da impossibilidade de amamentar.

#### **FATORES SOCIAIS E CULTURAIS E A CORRELAÇÃO COM O MANEJO DAS MAMAS PUERPERAIS NO DOMICÍLIO**

Dentre as quinze entrevistadas todas são do estado do Rio de Janeiro, e moram em bairros ou cidades próximas do Rio de Janeiro. A faixa etária variou entre 20 e 48 anos. Constatamos a presença de três diferentes décadas de mulheres no estudo: seis mulheres entre 20 e 29 anos, sete mulheres entre 30 e 39 anos e duas entre 40 e 49 anos. A diferença de idades é de grande valia para a pesquisa, já que, a cada década de idade, é possível vislumbrar mudanças culturais em uma sociedade (LARAIA, 2003).

Em relação à cor declarada oito são de cor parda, quatro de cor branca e três de cor negra. Os dados referentes à profissão sete são do lar, uma auxiliar de escritório, uma auxiliar de cozinha, uma auxiliar de creche, duas técnicas de enfermagem, uma contadora, uma bióloga e uma operadora de caixa conforme Quadro I a seguir:

**Quadro I: Identificação das depoentes**

Codinome	Idade Atual	Cor declara	Bairro / Município	Profissão	Trabalha	
					S	N
M1	29	Parda	Bangu/RJ	Do lar		x
M2	33	Parda	Anchieta/RJ	Bióloga	x	
M3	20	Parda	Nilópolis	Do lar		x
M4	34	Branca	Botafogo/RJ	Do lar		X
M5	21	Parda	Rio das Pedras/RJ	Do lar		X
M6	48	Branca	Copacabana/RJ	Do lar		x
M7	28	Branca	Belford Roxo	Auxiliar de creche	x	
M8	35	Branca	Flamengo/RJ	Auxiliar de cozinha	X	
M9	35	Negra	Jacarepaguá/RJ	Téc. de Enfermagem		X
M10	33	Parda	Duque de Caxias	Auxiliar de escritório	X	

Codinome	Idade Atual	Cor	Bairro / Município	Profissão	Trabalha	
					S	N
M11	41	Parda	Vargem Pequena/RJ	Do lar		x
M12	28	Parda	Cidade de Deus/RJ	Contadora	x	
M13	31	Negra	Maricá	Operadora de caixa	x	
M14	27	Parda	São Gonçalo	Do lar		x
M15	32	Negra	Alcântara	Téc. de enfermagem	x	

Fonte: Questionário Sócio-Econômico-Cultural, 2012, Rio de Janeiro/RJ.

Destaca-se que sete mulheres trabalham fora do lar sendo que dessas três são da área da saúde sendo duas técnicas de enfermagem o que pode justificar um melhor conhecimento e compreensão da doença/tratamento.

Sabe-se que o acesso ao mercado de trabalho formal está condicionado à escolarização e, o que lhes permite alguma possibilidade de ascensão social. De outro lado, as menos instruídas se localizam no trabalho doméstico e no trabalho autônomo informal, que pode constituir-se em obstáculos para exercer plenamente suas potencialidades e déficit em lidar com os agravos à sua saúde (PAIVA, 2000).

Todas quinze entrevistadas possuem água e luz na residência. Em relação à forma de transporte que mais utiliza, quatro utilizam carro, oito utilizam ônibus, uma carro e van, uma ônibus e Kombi e uma van, conforme pode ser observado no quadro II.

#### Quadro II - Fatores Tecnológicos

Codinome	Possui água na residência	Possui luz na residência	Forma de transporte mais utilizada
M1	Sim	Sim	Ônibus
M2	Sim	Sim	Carro
M3	Sim	Sim	Carro e ônibus
M4	Sim	Sim	Carro
M5	Sim	Sim	Ônibus
M6	Sim	Sim	Ônibus e Kombi
M7	Sim	Sim	Ônibus
M8	Sim	Sim	Van
M9	Sim	Sim	Ônibus
M10	Sim	Sim	Carro
M11	Sim	Sim	Ônibus
M12	Sim	Sim	Ônibus
M13	Sim	Sim	Ônibus

<b>Codiname</b>	<b>Possui água na residência</b>	<b>Possui luz na residência</b>	<b>Forma de transporte mais utilizada</b>
M14	Sim	Sim	Carro
M15	Sim	Sim	Ônibus

Fonte: Questionário Sócio-Econômico-Cultural, 2012, Rio de Janeiro/RJ

Quanto aos fatores religiosos e filosóficos foram encontradas quatro religiões, afirmando serem criadas na religião católica (11), mulçumana (01), evangélica (01), e cristã (02). Foi perguntado se mudaram de religião após a idade adulta, 04 mudaram de religião em que foram criadas para a prática atual, 06 mantiveram sua prática religiosa atual em relação a que foram criadas e 4 não praticam nenhuma religião, conforme quadro III a seguir:

**Quadro III: Fatores Religião e Filosóficos**

<b>Codiname</b>	<b>Qual religião que foi criada</b>	<b>Qual religião pratica agora</b>	<b>Frequencia</b>
M1	Católica	Nenhuma	Não frequenta
M2	Católica	Nenhuma	Não frequenta
M3	Católica	Evangélica	Não frequenta
M4	Mulçumana	Católica	Várias vezes
M5	Cristã	Cristã	02 vezes ao mês
M6	Católica	Nenhuma	Não frequenta
M7	Católica	Evangélica	01 vez ao mês
M8	Católica	Evangélica	03 vezes ao mês
M9	Cristã	Cristã	04 vezes ao mês
M10	Católica	Católica	Não frequenta
M11	Evangélica	Evangélica	03 vezes ao mês
M12	Católica	Evangélica	04 vezes ao mês
M13	Católica	Católica	04 vezes ao mês
M14	Católica	Católica	Não frequenta
M15	Católica	Nenhuma	Não frequenta

Fonte: Questionário Sócio-Econômico-Cultural, 2012, Rio de Janeiro/RJ

Em 1970, o Censo constatou uma população evangélica de 4,8 milhões; em 1980 foi de 7,9 milhões; em 1991 foi de 13,7 milhões; e em 2000, foi de 26,1 milhões. Se o crescimento constatado entre 1991 e 2000 continuar neste ritmo, a população evangélica brasileira terá alcançado a marca de aproximadamente 55 milhões em 2010 (IBEGE 2000).

Segundo Leininger & McFarland (2006) o levantamento de dados religiosos é de extrema importância para estudos com enfoque no aspecto cultural, já que a religiosidade, assim como a filosofia de vida, influencia o modo das pessoas viverem e verem o mundo que as cerca. Para Leininger (2006), a religião influencia no cuidado.

Silva (2011) relata que a mudança da religião e/ou a forma de expressar a fé pode ser explicado pela busca materna em descobrir fontes de conforto e esperança.

Tymchak (2000), afirma que ao atingirmos a união da saúde física com a vida espiritual obtemos melhor enfrentamento as pressões, de forma a solucionar os solucionáveis e conviver com os não solucionáveis com serenidade, coragem e otimismo.

Quanto ao fator companheirismo e a sua situação conjugal, sete são casadas, seis vivem com seus companheiros e duas são separadas. A duração das relações variaram entre 02 a 12 anos, sendo a maioria entre 2 e 5 anos.

**Quadro IV: Fatores Companheirismo**

<b>Codínome</b>	<b>Vive com Alguém</b>	<b>Há quanto tempo</b>
<b>M1</b>	Solteira	-----
<b>M2</b>	Marido	05 anos
M3	Companheiro	03 anos
M4	Marido	05 anos
M5	Companheiro	02 anos
M6	Companheiro	05 anos
M7	Marido	07 anos
M8	Companheiro	04 anos
M9	Marido	07 anos
M10	Companheiro	04 anos
M11	Marido	05 anos
M12	Companheiro	11 anos
M13	Marido	12 anos
M14	Marido	03 anos
M15	Solteira	-----

Fonte: Questionário Sócio-Econômico-Cultural, 2012, Rio de Janeiro/RJ.

Observação: Onde se lê marido = casada no civil e onde se lê companheiro = união estável.

A entrevistada M1 declarou-se solteira, com separação do companheiro após o diagnóstico de soro positividade, ainda na gestação.

Já a M12 relata que o marido não queria ser pai, contudo em um dado momento, aconteceu a relação sexual sem proteção. Este marido retirou-se de casa quando descobriu a gravidez da esposa.

A descoberta do diagnóstico do HIV pode trazer mudanças psicológicas, social e até de ordem econômica, exemplificado aqui em especial pelas entrevistadas M1 e M15.

Já Araújo et al (2008), relata que o fato da mulher ser portadora do HIV, desencadeia o medo, mas também surge uma força sobre humana para viver e poder cuidar do(s) filho(s) lutando pela vida.

Destaca-se aqui Leininger & McFarland (2006), que discursa há anos sobre a importância dos profissionais de enfermagem estar com o olhar direcionado aos valores

culturais de seus clientes, oferecendo apoio e assistência direcionada ao indivíduo ou grupo de necessidades específicas.

Acerca do perfil do pai a faixa etária compreende entre 21 a 52 anos de idade, todos em fase adulta. As informantes M1 e M15 por motivos próprios não quiseram fornecer informação do companheiro, acredita-se que o motivo seja por estarem separadas e pelo impacto da descoberta do diagnóstico do HIV na relação conjugal. Dos pais três tem ensino fundamental incompleto, um com ensino fundamental completo, um ensino médio incompleto, sete ensino médio completo, um pós-graduado e dois sem informação conforme Quadro V.

Quadro V: Identificação do Pai da criança

<b>Codinome</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>
M1	Não quis informar		
M2	32	EMC	Motorista
M3	28	EMC	Motorista
M4	49	PG	Administração de empresa
M5	21	EFC	Copeiro
M6	37	EFI	Colocação de pedras marmoraria
M7	36	EMC	Motorista
M8	41	EFI	Frentista
M9	30	EMC	Músico
M10	38	EMC	Sargento da marinha
M11	52	EFI	Gari
M12	35	EMC	Encarregado de obra
M13	30	EMC	Sargento da marinha
M14	32	EMI	Soldador
M15	Não quis informar		

Fonte: Questionário Sócio-Econômico-Cultural, 2012, Rio de Janeiro/RJ.

Legenda: EFC = Ensino Fundamental Completo, EFI = Ensino Fundamental Incompleto, EMC = Ensino Médio Completo, EMI = Ensino Médio Incompleto, PG = Pós-Graduação

Dentre as entrevistadas, em relação a quem habita o mesmo ambiente domiciliarem, dez moram com o esposo ou companheiro e filho, duas moram com filhos, uma relata conviver no ambiente domiciliar com a sogra, uma com a sogra e o sogro, uma entrevistada vive com o marido o filho e a enteada, uma com o companheiro dois filhos e dois enteados.

Souza et al (2010) vê a família como um complexo sistema de relações onde seus membros são reconhecidos como sujeitos. O núcleo familiar, assim, é um lugar onde são construídos vínculos de pertencimento e necessidade de individualização. E a primeira noção do que é o mundo, afinal, vem através da família, em especial dos pais ou aqueles que estão cumprindo estas funções.

Todos moram em casa de tijolo (alvenaria). O número de cômodos na grande maioria varia entre 03 e 06 e apenas uma relata ter 10 cômodos conforme quadro VI.

Quadro VI: Fatores Modos de Vida

<b>Codínome</b>	<b>Quem mora em sua casa</b>	<b>Tipo de moradia</b>	<b>Número de cômodos</b>
M1	Dois filhos	Alvenaria	03
M2	Esposo e filho	Alvenaria	05
M3	Companheiro e filho	Alvenaria	05
M4	Esposo e filha e enteada	Alvenaria	10
M5	Companheiro e filha	Alvenaria	04
M6	Marido e filhos	Alvenaria	06
M7	Esposo e três filhos	Alvenaria	05
M8	Companheiro, dois filhos e dois enteados	Alvenaria	04
M9	Esposo, três filhos, sogro e sogra	Alvenaria	05
M10	Companheiro, sogra	Alvenaria	05
M11	Esposo e quatro filhos	Alvenaria	04
M12	Companheiro e três filhos	Alvenaria	05
M13	Esposo e dois filhos	Alvenaria	05
M14	Esposo e filho	Alvenaria	05
M15	Filho	Alvenaria	03

Fonte: Questionário Sócio-Econômico-Cultural, 2012, Rio de Janeiro/RJ.

De acordo com o Painel de Indicadores do SUS as condições de vida dos indivíduos e grupos estão relacionadas com sua situação de saúde, e dentre os determinantes sociais de saúde (DSS) a habitação e saneamento entre outros tem relação direta com eles (BRASIL, 2011).

O quadro VII relaciona-se aos fatores econômicos a renda familiar que, varia de R\$800,00 a R\$7.000,00, superando expectativas preconcebidas para uma clientela que busca o SUS, contudo por ser uma instituição do SUS e referência para o atendimento a mulher HIV, se deve atender aos princípios do SUS, principalmente o da universalidade.

Quadro VII: Fatores Econômicos

<b>Codínome</b>	<b>Renda familiar</b>	<b>Quem contribui com a renda</b>	<b>Renda da depoente</b>	<b>Fonte de renda da depoente</b>
M1	800,00	Governo	-----	-----
M2	3.500,00	Esposo, enteado e depoente	1.500,00	Trabalho
M3	1.000,00	Companheiro e depoente	622,00	Pensão da mãe
M4	5.000,00	Esposo	-----	-----

<b>Codiname</b>	<b>Renda familiar</b>	<b>Quem contribui com a renda</b>	<b>Renda da depoente</b>	<b>Fonte de renda da depoente</b>
M5	Não sabe relatar	Companheiro	-----	-----
M6	1.100,00	Companheiro e esposo anterior	150,00	Pensão da filha mais velha
M7	2.500,00	Marido e depoente	622,00	Trabalho
M8	1.800,00	Companheiro e depoente	800,00	Trabalho
M9	900,00	Esposo, sogro e sogra	-----	-----
M10	7.000,00	Companheiro e depoente	1.600,00	Trabalho
M11	1.500,00	Esposo	-----	-----
M12	3.400,00	Companheiro e depoente	1.200,00	Trabalho
M13	2.000,00	Esposo	-----	-----
M14	2.000,00	Esposo	-----	-----
M15	1.000,00	Depoente	1.000,00	Trabalho

Fonte: Questionário Sócio-Econômico-Cultural, 2012, Rio de Janeiro/RJ.

A renda familiar deveria proporcionar o acesso dos indivíduos a todo um conjunto de bens e serviços essenciais à subsistência humana. Teoricamente, essa receita também deveria proporcionar a participação das pessoas na vida da cidade e seu acesso às atividades de cultura, lazer, educação e saúde.

No que tange a quem contribui com a renda familiar perpassa pelas relações familiares desde ex-maridos, sogro, sogra e até enteado. Das entrevistadas oito tem algum tipo de renda, sete dependem de outras rendas.

O fato que se observa vai ao encontro à realidade do Brasil sobre a discussão de gênero quanto à diferenciação na remuneração da mulher no mercado de trabalho. Sabemos que os problemas de gênero são inerentes a qualquer classe social (dupla função e desigualdade salarial), mas, é evidente que tais problemas são mais intensos e assumem proporções alarmantes entre as classes sociais mais desfavorecidas do ponto de vista econômico (ROSA, 2012).

Com relação à utilização de drogas lícitas e ilícitas, três relatam ser fumantes. Em relação ao uso de álcool, onze não utilizam álcool, três utilizam álcool às vezes e uma utiliza álcool rotineiramente. Nenhuma entrevistada informou utilizar drogas aqui chamadas de ilícitas como maconha, cocaína e crack.

Quadro VIII: Drogas Lícitas e Ilícitas

Codiname	Álcool	Fumo	Droga
M1	Não	Não	Não
M2	Não	Não	Não
M3	Às vezes	Não	Não
M4	Não	Não	Não
M5	Sim	Sim	Não
M6	Não	Sim	Não
M7	Não	Sim	Não
M8	Não	Não	Não
M9	Não	Não	Não
M10	Às vezes	Não	Não
M11	Não	Não	Não
M12	Não	Não	Não
M13	Não	Não	Não
M14	Não	Não	Não
M15	Às vezes	Não	Não

Fonte: Questionário Sócio-Econômico-Cultural, 2012, Rio de Janeiro/RJ.

O tabagismo é uma droga conhecida como prejudicial para a saúde dos usuários e as pessoas ao redor.

Em relação ao uso do cigarro durante a gestação de acordo com Neme (2006), está associado a abortamento, partos prematuros e recém-nato de baixo peso, ainda os recém-natos de mães alcoólatras podem apresentar a chamada síndrome alcoólica<sup>5</sup>.

Em relação a AIDS, Vinhas et al (2004) apontam que estudiosos, relatam ser discutível se o uso do fumo e bebida alcoólica é capaz de acelerar a progressão para AIDS, contudo sabe-se que o álcool aumenta a replicação dos níveis de linfócitos, deixando o organismo com capacidade menor de produzir interleucina<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> O recém-nato manifesta aspecto de debilidade mental e persiste após o nascimento(OLIVEIRA e SIMÕES,2007).

<sup>6</sup> As interleucinas são alguns tipos de proteínas produzidas principalmente por células T, embora algumas sejam sintetizadas também por macrófagos e células teciduais. As interleucinas possuem várias funções, mas a maioria delas está envolvida na ativação dos linfócitos e na indução da divisão de outras células. Estes grupos são constituintes dos sistemas imunológicos dos organismos. Cada interleucina atua sobre um grupo limitado e específico de células que expressam receptores adequados para cada interleucina.



Os profissionais devem utilizar ferramentas de forma a orientar as pessoas em especial as gestantes, de forma a desestimular o uso do cigarro e/ou bebida alcoólica (MS 2000).

Corroborando Souza (2000), a gestação é o momento pertinente para estimular às mudanças de alguns hábitos inadequados como o: uso de bebida alcoólica e o fumo.

## PERFIL GINECO-OBSTÉTRICO

Os quadros IX a XII apresentam o perfil gineco-obstétrico, sorológico, descoberta da contaminação, acompanhamento pré-natal e parto, protocolo ACTG.

Quadro IX: Gineco-Obstétrico

Codinome	Menarca idade	Início da vida sexual idade	Parceiro atual	Paridade			Gravidez Planejada
				Gesta	Para	Aborto	
M1	12	14	01	V	V	III	Não
M2	12	17	01	II	II	Ø	Sim
M3	09	15	01	II	II	I	Não
M4	18	24	01	II	II	I	Sim
M5	14	17	0	II	II	Ø	Não
M6	12	13	01	VIII	VIII	I	Não
M7	11	17	01	III	III	Ø	Não
M8	13	15	01	II	II	Ø	Sim
M9	13	19	01	II	II	Ø	Não
M10	10	17	01	III	III	Ø	Não
M11	13	14	01	VIII	VIII	II	Sim
M12	Não lembra	Não lembra	01	III	III	Ø	Não
M13	13	16	01	II	II	Ø	Sim
M14	11	21	01	I	I	Ø	Não
M15	09	14	0	II	II	Ø	Não

Fonte: Questionário Gineco-obstétrico, 2012, Rio de Janeiro/RJ

Conforme os depoimentos, a menarca aconteceu na faixa etária dos 09 aos 18 anos, quase na totalidade compreendida entre a faixa etária de 10 a 18 anos.

Em relação à vida sexual, a sexarca foi entre os 13 e 24 anos, com predomínio entre a faixa etária de 15 a 20 anos, sendo que uma entrevistada declarou não recordar deste evento.

Todas relataram ter no momento apenas um parceiro sexual. No que tange ao planejamento da gravidez, nove narraram não ter planejado a gravidez, e seis referiram que a gravidez foi planejada pelo casal.

Vinhas *et al* (2004), afirma que na assistência a mulher soropositiva para o HIV, deve-se delinear as orientações acerca do futuro reprodutivo, atentando para os métodos contraceptivos, devido aos fatos sociais e emocionais que uma gravidez indesejada pode acarretar.

Para o Ministério da Saúde, todas as mulheres portadoras de HIV e/ou parceiras de portadores de HIV necessitam de uma discussão continuada sobre o desejo de engravidar ou não, ainda ao manifestarem este desejo, têm a indicação da realização prévia de um estudo completo de avaliação clínica e ginecológica, descartando e/ou tratando outras patologias concomitantes e melhorando as condições maternas ao máximo, com a maior redução possível na carga viral e o restabelecimento do CD4 a níveis aceitáveis (BRASIL, 2006).

Em casos que as mulheres estejam em uso de drogas contra-indicadas durante a gestação (Efavirenz, Hidroxiuréia, associação de d4T com ddI), elas devem ser substituídas (BRASIL, 2006).

Por orientação do Ministério da Saúde (Brasil, 2006) deve ser discutido e realizado aconselhamento com informações:

- Sobre os riscos de transmissão vertical e de teratogenia ou outros problemas por exposição intra-uterina e neonatal aos anti-retrovirais.
- Quanto aos procedimentos indicados para a concepção em casais que convivem com o HIV visando à redução da possibilidade de transmissão vertical e horizontal do HIV.

No quadro X fica evidente a situação da sorodiscordância<sup>7</sup> pois dos pais, dez apresentaram teste negativo para o HIV, mesmo que de acordo com os dados obtidos todas relataram utilizar o preservativo nas relações sexuais com seu parceiro atual, onde em um determinado momento se desfizeram do seu uso para engravidar.

---

<sup>7</sup> Quando um dos parceiros vive com HIV/Aids e o outro não, o casal é chamado de sorodiscordante. Atualmente, o número de casais com esse perfil vem aumentando, de acordo com estudos feitos por serviços de saúde do mundo todo (FIOCRUZ, 2013)

Quadro X: Sorologia e Descoberta do HIV

Depoente	Sorologia Homem (pai do neonato)	Descoberta da Soropositividade Mulher			
		Gestações anteriores	Última Gestação	Parto	Pós-Parto
1	Negativo		9º mês		
2	Negativo	2008			
3	Negativo		Última semana antes do parto		
4	Negativo		4º mês		
5	Positivo		4º mês		
6	Positivo		6º mês		
7	Negativo	2001			
8	Positivo		2011		
9	Negativo		9 meses 20-12		
10	Negativo	2000			
11	Positivo				Após 1ano e 3meses, 2012
12	Positivo	2004			
13	Negativo	2005			
14	Negativo		4 meses		
15	Negativo	2005			

Fonte: Questionário Gineco-obstétrico, 2012, Rio de Janeiro/RJ

Todas relatam que utilizam preservativo nas relações sexuais atualmente

Cabe ressaltar que a entrevistada M13 relata ter engravidado pelo “método da seringa” que, segundo ela utilizou-se da introdução do semêm de seu companheiro no canal vaginal, após o companheiro ter ejaculado em uma seringa, para que não tivesse o risco de se contaminar.

Em relação à descoberta da soropositividade: seis descobriram antes da atual gestação, oito descobriram ser portadoras do HIV na última gestação, sendo três por contaminação do parceiro atual pai da criança. A M11 descobriu a soropositividade há 1ano e 2 meses após o parto.

O quadro abaixo demonstra que, das entrevistadas nove realizaram seu pré-natal no IFF, e cinco realizaram acompanhamento pré-natal externo, sendo que uma entrevistada por escolha própria manteve seu pré-natal na rede privada e no IFF. Em relação ao local da realização do parto, onze o fizeram no IFF e quatro foram realizados em outra Instituição. O tipo de parto na sua maioria foi cesáreo no total de onze e quatro partos normais.

Quadro XI: Acompanhamento Pré-Natal e Parto

Deponentes	Pré-Natal		Parto		Tipo de Parto	
	IFF	Externo	IFF	Externo	Normal	Cesáreo
M1	X		X			X
M2	X		X			X
M3	X		X			X
M4		X		X		X
M5	X	X	X			X
M6	X		X		X	
M7	X		X			X
M8		X		X		X
M9		X		X		X
M10	X		X		X	
M11		X		X	X	
M12		X	X			X
M13	X		X			X
M14	X		X		X	
M15	X		X			X

Fonte: Questionário Gineco-obstétrico e Planilha de atendimento Ambulatório Dipe IFF, prontuário 2012, Rio de Janeiro/RJ

Vale ressaltar que o pré-natal ou a realização do parto fora de instituições de referências pode ser realizado, desde que a instituição e os profissionais que assista a mulher desempenhem seu papel de acordo com as normas e diretrizes a assistência a mulher soropositiva no ciclo-gravido puerperal. Isto significa uma prática com responsabilidade e qualidade, minimizando agravos a saúde da mulher e de seu concepto, salvo as situações de urgências onde não há tempo hábeis para referenciá-la.

O hospital, no qual foi realizada a pesquisa utiliza a orientação do Ministério da Saúde (Brasil, 2006) para indicação do tipo de parto conforme protocolo a seguir:

A via de parto foi escolhida em função de situações obstétricas e/ou da carga viral, de acordo com a avaliação do obstetra e do clínico/infectologista responsáveis pela gestante. A mulher e seus familiares devem ser informados sobre os riscos e benefícios da via de parto recomendada.

Na mulher com diagnóstico anterior de HIV ou AIDS, é necessário avaliar a carga viral para a indicação da via de parto. Quando a carga viral for menor que 1.000 cópias/ml ou indetectável, há indicação de parto vaginal, exceto quando há indicação obstétrica para o parto por cirurgia cesariana.

Se a carga viral for maior ou igual a 1.000 cópias/ml, desconhecida ou aferida antes da 34ª semana de gestação e, nestes casos, a gestante estiver em trabalho de parto, com dilatação

cervical menor que 4cm e as membranas amnióticas íntegras, há indicação de cirurgia cesariana eletiva.

Nos casos de ruptura prematura de membranas antes da 34ª semana de gestação, em parturiente com HIV, a conduta deve ser particularizada, pois não há dados na literatura sobre qual conduta é mais segura nessas situações. Nesses casos, a conduta deverá ser instituída conforme as rotinas previstas na amniorrexe, buscando promover a maturidade fetal, a redução dos riscos de transmissão perinatal do HIV e da morbidade/mortalidade materna.

Quando a via de parto for a cesariana eletiva, o AZT intravenoso deve ser iniciado no mínimo três horas antes do procedimento e mantido até a ligadura do cordão umbilical.

No parto vaginal, a infusão deverá ser instituída desde o início do trabalho de parto e mantida até o clampeamento do cordão umbilical.

**Parto vaginal:**

- Monitorar o trabalho de parto cuidadosamente, evitando toques repetidos (usar o partograma);
- Conduzir o parto com ocitócitos, respeitando-se, contudo, as contra-indicações para seu uso e o correto manuseio, evitando que a parturiente permaneça por mais de quatro horas com bolsa rota ou em trabalho de parto prolongado;
- Estão contra-indicados todos os procedimentos invasivos durante o trabalho de parto e parto como: amniotomia, uso de fórceps, vácuo-extrator e manobras desnecessárias na retirada do concepto;
- Evitar a episiotomia sempre que possível;
- Manter as membranas amnióticas íntegras até o período expulsivo, sempre que possível;
- Proceder à ligadura do cordão umbilical, sem ordenha, imediatamente após a expulsão do recém-nascido.

**Parto cesária:**

- Realizar a cirurgia com o menor sangramento possível;
- Sempre que possível, manter as membranas amnióticas íntegras até a retirada da criança (parto empelicado);
- Proceder à ligadura do cordão umbilical, sem ordenha, imediatamente após a retirada do recém-nascido.

Em relação ao uso do protocolo ACTG 076, onze realizaram no pré-natal e quatro das entrevistadas não realizaram no pré-natal. É indiscutível, que na vigência do diagnóstico do HIV se faça o protocolo em todas as etapas desde a gestação ao pós-parto. Com esse dado há,

de ser rever a qualidade do pré-natal, pois situações tais como falta da realização do teste na gestação, assim como a demora do seu resultado, ou a não realização do teste pela mulher poderá trazer agravos ao binômio. Quanto ao uso do protocolo intraparto e no neonato dentre as quinze entrevistadas, quatorze foram submetidas a ele.

Quadro XII: Protocolo ACTG 076

Depoentes	Pré-Natal		Intra-Parto		Neonato	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
M1		X	X		X	
M2	X		X		X	
M3		X	X		X	
M4	X		X		X	
M5	X		X		X	
M6	X		X		X	
M7	X		X		X	
M8	X		X		X	
M9		X	X		X	
M10	X		X		X	
M11		X		X		X
M12	X		X		X	
M13	X		X		X	
M14	X		X		X	
M15	X		X		X	

Fonte: Questionário Gineco-obstétrico e Planilha de atendimento Ambulatório Dipe IFF, prontuário 2012, Rio de Janeiro/RJ

A entrevistada M11 enunciou um relato marcante, pois não realizou o protocolo 076 ACTG em nenhum momento, já que realizou o teste duas vezes no pré-natal com resultados negativos. Expressou ainda, que seu marido era positivo para o HIV e que amamentou seu filho até 1 ano e 2 meses, quando, devido a várias complicações de saúde da criança e realização de teste em seu filho, o resultado foi positivo. Por conseguinte, interrompeu a amamentação por descobrir-se também soropositiva.

Em relação ao exposto acima vale refletir acerca da janela imunológica que é o intervalo de tempo entre a infecção pelo vírus da AIDS e a produção de anticorpos anti-HIV no sangue. Esses anticorpos são produzidos pelo sistema de defesa do organismo em resposta ao HIV e os exames irão detectar a presença dos anticorpos, o que confirmará a infecção pelo vírus. O período de identificação do contágio pelo vírus depende do tipo de exame (quanto à sensibilidade e especificidade) e da reação do organismo do indivíduo. Na maioria dos casos, a sorologia positiva é constatada de 30 a 60 dias após a exposição ao HIV. Porém, existem casos em que esse tempo é maior: o teste realizado 120 dias após a relação de risco serve

apenas para detectar os casos raros de soroconversão – quando há mudança no resultado. Se um teste de HIV é feito durante o período da janela imunológica, há a possibilidade de apresentar um falso resultado negativo (BRASIL, 2006).

Concorda-se com Batista e Silva (2007) ao realizar as análises dos quadros acima, que se faz necessário cada vez mais a implementação dos princípios e diretrizes do SUS na prática assistencial, principalmente a participação social e a integralidade.

Para que profissionais de saúde possa entender a mulher soropositiva para o HIV, não só no que tange ao seu diagnóstico, como também em todo o processo, há de se adquirir um olhar específico para sua convivência com a soropositividade, sem inferir com segregação ou preconceitos.

## ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

### CATEGORIA 1: INIBIÇÃO DA LACTAÇÃO NO DOMICÍLIO POR MULHERES SOROPOSITIVAS: SENTIMENTO MATERNO, REDE DE APOIO E MANEJO DAS MAMAS PUERPERAIS

#### 1.1 Sentimentos maternos de mulheres soropositivas diante da impossibilidade de amamentar

O primeiro documento ministerial que trata de aleitamento materno versus mulheres infectadas pelo HIV, desaconselha à prática do aleitamento materno, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos apesar da superioridade inigualável do leite humano. (BRASIL, 1995)

Quando se apropria do documento desta resolução, entende-se o fator biológico, que é o risco de contaminação, como um dos fatores biológicos determinante.

Para Forna (1999) a verdade é que existe um complicado conjunto de normas morais e legais regendo até que ponto uma mulher pode ser responsabilizada pelo que faz com seu próprio corpo, na medida em que afeta uma criança antes de nascer como bem exemplifica a entrevistada M3 quando fala da sua tristeza em não amamentar, mas que compreende e aceita em detrimento da proteção do filho:

Eu fiquei muito triste por não conseguir amamentar meu filho, mas consegui aceitar bem, até para não passar nada para ele, para não prejudicar meu filho. Sei que tem chance de não contrair, para não dar tudo errado, não amamentei. (M3)

O estudo de Martin-Chabot (2010) que trata sobre mulheres HIV positivas e grávidas, discute as dificuldades do casal e afirma que o papel do profissional de saúde é ajudá-las a refletir sobre a vida, apesar do abalo e da angústia que o anúncio do HIV suscita no momento em que se descobrem grávidas.

A entrevistada M13 soube estar soropositiva na consulta de pré-natal e encontrava-se com o companheiro:

Tranquilo porque ele já sabe tem ciência de tudo, ele me acompanhou no pré-natal, até por que ele que descobriu, até foi ele que descobriu entendeu. (M13)

Uma entrevistada planejou a gravidez e naturalmente mostra a aceitação de não poder amamentar afirmando que não teve depressão:



Olha pra mim foi uma coisa natural e como foi planejado o P e já tinha me informado que eu não ia poder amamentar então eu me preparei psicologicamente, não tive nenhuma depressão, nada quanto a isso não. (M2)

O sentimento de não amamentar para algumas mulheres é doloroso demais, M14 mesmo ciente nos fala desse momento:

Eu já estava quase conformada, no pré-natal e peguei todas as informações em todas as consultas que eu não poderia amamentar e os motivos, mesmo assim foi doloroso. (M14)

Quando se pensa em inibição da lactação bem como no sentimento que envolve esta atitude, depara-se com o depoimento de M6 que fala sobre a impossibilidade de amamentar o seu filho e com isso foi pior que o próprio diagnóstico:

De início eu fiquei muito triste porque eu amamentei meus outros filhos, e quando eu soube que não ia poder amamentar o P., me senti pior do que saber da notícia do problema (M6).

A amamentação, além de ser biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam em condições concretas da vida (ALMEIDA, 2004).

Uma mãe é menos mãe quando se vê impossibilitada de amamentar? O que fazer como profissional de saúde quando se vê diante desta situação em que a mulher expressa ser pior a não amamentação do que o próprio diagnóstico?

O aleitamento materno representa risco adicional de 7% a 22% de contágio pelo HIV. Por esse motivo, contra-indica a amamentação direta ao seio materno, pois, desse modo, espera-se diminuir a probabilidade de contaminação da criança durante a gravidez e no pós-parto (BRASIL, 2001).

Quando nos deparamos com uma mãe que tem consciência da sua condição de soropositiva para o HIV e nos relata que a impossibilidade em lactar é pior que o próprio diagnóstico, nos faz refletir que o ato de amamentar é sem dúvida um símbolo de proteção e alimentação do seu filho.

A alimentação não é apenas uma fonte de nutrição. Em todas as sociedades humanas, ela tem muitos papéis e está profundamente entrelaçada aos aspectos sociais, religiosos e econômicos. O alimento, assim é uma parte essencial do modo como a sociedade se organiza e vê o mundo (HELMAN, 2009).

O cuidado e a alimentação de um filho é uma preocupação central de toda a mãe, ou de sua maioria, no entanto apesar do preconizado pelo Ministério da Saúde que o leite

materno é o melhor alimento, o número de mulheres que podem amamentar e que desmamam precocemente seus recém-nascidos também é alto em nossa sociedade.

A inibição da lactação em mulheres HIV positiva é uma recomendação que, quando dialogadas com as mulheres, percebe-se o grau da baixa auto-estima, como é possível refletir na fala de M1, que mostra claramente essa tristeza e a aflição para explicar às pessoas à sua condição de soropositividade:

Fiquei muito triste porque eu queria amamentar, e isso me deixou bem deprimida. Foi difícil, porque as pessoas questionavam muito e eu não tinha muito que dizer! O ideal era que toda mãe amamentasse, e eu com meu recém-nascido não podia, então eu tinha que estar mentindo, era muito complicado (M1).

Segundo Issler (2008) a experiência da amamentação sob a óptica da mulher passou a ser objeto de estudo, especialmente a partir da década de 90. O ato de amamentar não está centrado apenas na interação mãe e filho, mas é um processo que expande nas demais interações da vida materna, determinado pela percepção da mulher tem de si, do ato de amamentar ou da sua impossibilidade e das implicações que tem em sua vida, nas relações das esferas familiares e sociais, nas dimensões de suas emoções e de seu corpo. A depoente M15 relata sua profunda mágoa e decepção por não poder oferecer o seio ao seu filho.

Foi bem dificultoso, a primeira vez que eu vi leite saindo do meu peito me senti degrada, chorei rio de lágrimas por que olhava para meu filho sabia que ele estava com fome, e não podia oferecer meu seio, me senti diminuída como mãe e mulher (M15).

Ao conhecer a história da entrevistada M11 reporta-se a tese de doutorado de Silva (2003) quando diz que algumas mães transmitem fragilidade como se fossem beija-flores que toma conta de seu ninho repleto de ovos e os defendem com uma leoa. A entrevistada M10 fala dessa proteção do filho e que se sente triste e constrangida apesar de estar ciente em não poder amamentar.

Foi muito ruim, porque eu como mãe, não me senti completa, porque eu sabia que era uma necessidade de que todo o bebê tem do leite materno, onde dá sustentação da criança para crescer forte e saudável, mas no caso meu filho é só crescer. Então foi muito ruim eu fiquei muito triste de não poder amamentar meu filho devido ser soropositiva, mas eu estava ciente, já tinha há muitos anos então eu sabia que era necessário não amamentar, pro meu bebê ficar saudável, no início fiquei constrangida fiquei triste, porque queria ter tido essa experiência como mãe (M10).

Essa mãe complementa sua reflexão dizendo que não se sente uma mãe completa, mas agradece a Deus por seu filho ser saudável.

Completa uma mãe completa, né não me senti realizada totalmente nessa área, mas graças a Deus, meu bebê está saudável, fiquei tranquila, foram só uns dias (M10).

Não diferente a entrevistada M11 ficou desesperada, se culpou pela soropositividade do filho com um ano e dois meses por ter aleitado, alegando que o marido estava emagrecendo. A descoberta da sua soropositividade foi a partir do diagnóstico do filho.

Fiquei com medo, porque meu esposo de vez em quando passa mal, emagreceu muito rápido. Fiquei com medo da doença. E parar de dar o peito porque ele sentiu um pouco, já estava acostumada a amamentar foi difícil, mas agora ele também não procura mais, ai já estou melhor (M11).

O aspecto psicológico dessa mulher grávida ou no momento do puerpério necessita apoiar-se no sentido de fomentar a aceitação da condição de soropositiva, facilitar a compreensão do problema e minimizar ou erradicar o sentimento de culpa.

## **1.2 Redes de apoio e desgaste de mulheres soropositivas para o HIV diante a inibição da lactação**

Esta subcategoria apresenta os elementos que compõem a rede de apoio às mulheres que se submeteram a inibição da lactação. As depoentes citaram as instituições, os profissionais, o companheiro, a própria mãe, os familiares e amigos como sendo as principais fontes de apoio neste momento de suas vidas. De acordo com Macedo (2007, p.23) as redes sociais representam as “relações entre pessoas, comunidades ou instituições, ajudando a caracterizar estruturas e permitindo analisar processos dinâmicos de difusão, de localização de cooperação ou conflito, de utilização e distribuição de recursos”.

Vale ressaltar, que neste estudo os mesmos elementos da rede que apoiaram as mulheres submetidas à inibição da lactação constituem-se para algumas entrevistadas elementos de desgaste sendo eles: Institucional e profissional, companheiro, família e amigos. A questão materna caracterizou-se exclusivamente como rede de apoio (figura1). Segundo Macedo (2007, p.52) existe a polaridade da solidariedade e permuta de forças entre familiares: “pois o fato da família poder ser um espaço privilegiado de convivência, não exclui a possibilidade de conflitos nesta esfera”.

### **Institucional e profissional**

Quando solicitadas a proferir sobre o apoio recebido das instituições e dos profissionais com quem se relacionaram, alguns depoimentos apontaram para o real apoio e solidariedade. Os principais tipos de apoio percebido pelas mulheres foram os recursos materiais, os cuidados com as mamas e as orientações para o domicílio:

*Recordo que mensalmente eu podia levar 10 latas de leite aqui do IFF, eu vinha todo mês buscar leite e meu filho tomou normal. Esse foi o tipo de apoio que tive (M2).*

*Lembro que eu tive que ficar internada dois dias com ele para fazer exames, aí o BLH veio me perguntar como eu tava, apertaram minha mama pra ver se precisava retirar leite (M3).*

*Que eu tinha que colocar gelo, muito gelo para não empedrar. Aí coloquei gelo e parou (M6).*

*Eles (profissionais) me orientaram que eu não precisava contar pra todo mundo (M9).*

Os profissionais mais citados como parceiros das mulheres foram os médicos e enfermeiros e destacamos a fala de M4:

*Médica J. foi a primeira pessoa que levou, sentou e explicou... me acalmou. Eu estava com o obstetra do plano... por que você quer tratar com ele e não comigo? por que você não quer ter o filho aqui no “hospital público.”? Expliquei a situação da minha família que não sabia, disse que não podia por que tinha plano de saúde e minha família não iria entender porque eu estava tendo filho no hospital público ou no IFF. Aí o F. (esposo) conheceu a enfermeira V. pelo telefone, aí a primeira pessoa que conversou comigo pelo telefone. Médica S., você conhece? aí ela conversou comigo... aí comecei a fazer meu pré-natal aqui. Aí quando fui pra casa tive meu neném em um hospital particular e quem fez meu parto lá foi o médico M., após três dias quando cheguei a em casa, o médico M. me deu um remédio para secar o leite e não empedrou. A médica J. também pediu que colocasse sutiã bem apertado (M4).*

A boa relação profissional-paciente é um dos mais relevantes fatores do sucesso terapêutico. Esse relacionamento é capaz, não só de promover uma mudança de atitude no paciente em relação ao sofrimento vivido e ao mundo local, como também de transformar o cuidador (MERHY, 2000).

Concorda-se com Barasch (1997) que a relação baseada na troca mútua de confiança, empatia e de afetividade pode desencadear em ambos uma mudança profunda e abrir o caminho para a cura.

Caprara e Franco (2006) relatam que na perspectiva da integralidade, o cuidado é centrado no ser humano completo e ocorre um encontro significativo, que é perpassado pelos

diversos campos de conhecimento e saberes - filosófico, político, sociológico, antropológico, psicológico, artístico e popular. Reforça ainda que a relação do cuidado ético deva nortear-se pelos parâmetros morais e também legais que orientam as profissões e os códigos de direitos e deveres dos pacientes.

Os profissionais médico e enfermeiro são os mais envolvidos no cuidado direto já que as mulheres necessitam passar pelo menos por uma consulta de pré-natal a cada mês com um desses profissionais. O enfermeiro na sua grade curricular é formado para atender as mulheres de forma humanizada fazendo com as mesmas sintam-se mais a vontade de falar sobre as questões não só biológicas, mas também as sociais e emocionais.

Algumas depoentes, porém, relataram sofrimento e desgaste ocasionado pelas dificuldades, falta de informação e/ou descaso. Uma delas dispensou o apoio profissional por experiência anterior negativa.

*Tiveram uns que foram muito humanistas, falou para eu não desesperar, mas tiveram outros que tiveram preconceito, e não queria nem me manipular, falei que estava com dor onde põe medicação (veia)... há três dias pedi pra profissional se poderia tirar, ai ela falou que eu sabia que não poderia ser manipulada... aquilo me doeu, porque me sujou toda, me machucou (M9).*

É atribuição da equipe de saúde, em todas as fases do ciclo gravídico puerperal, oferecer informações sobre os riscos de transmissão do HIV através da amamentação, além de orientação sobre como obter e utilizar a fórmula infantil. É imprescindível que a mulher infectada pelo HIV receba suporte da equipe de saúde para não se sentir discriminada por não estar amamentando (BRASIL, 2006).

*Até procurei remédio que pudesse inibir a lactação, mas não me orientaram. A enfermagem me orientou a colocar gelo local, não tive contato com psicólogo, que acho que seria até importante, porque o psicológico da mulher sai daqui, por mais que a gente sabe que não pode e se depara com a realidade, vê seu filho chorando, e você não poder oferecer o seu seio, é traumatizante (M15).*

Segundo Araújo (2008), no meio profissional, as orientações emanadas do médico, do enfermeiro e da alta administração hospitalar constituem-se “ordens” que os clientes sentem e que precisam cumprir para seu próprio bem. Com isso, agem passiva e pacientemente em relação a elas. Para entender a questão, é preciso considerar o desconhecimento das mulheres com relação aos seus direitos e outras questões. Além disso, exige uma crença no poder quase infalível do médico, a confiança nas orientações de cuidado prestada pelo enfermeiro e no atendimento das necessidades disciplinares do hospital - é o peso institucional.

Em síntese, acredita-se que a internalização dessas idéias por parte das mulheres aconteça de forma ingênua e sem atentar para a questão do consentimento, uma vez que as mulheres soropositivas para o HIV. Muitas delas nem sabem que podem consentir, pois estão acostumadas a obedecer.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2006, p.28): “inserir ações sobre DST/HIV/AIDS na rotina do serviço demanda uma reflexão sobre confidencialidade, ética, sigilo das informações obtidas e o abandono de atitudes preconceituosas por parte da equipe”.

Se por um lado é direito do cidadão a utilização dos recursos públicos, adequados as suas necessidades, por outro lado é uma perversão permitir que o usuário ache que esta situação é um dote. Observar o relato que demonstra o custo-benefício na perspectiva materna é um exemplo do quanto as pessoas estão equivocadas com relação aos seus direitos à bens e consumos.

*A gente ganha com o problema, cartão gratuidade no transporte, eu tive diabetes gestacional, o menino tem acompanhamento e o hospital ajuda para eu retornar nas consultas e dão o leite (M6).*

Segundo Silva (2007, p. 285):

Os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade.

No Brasil, o Governo Federal instituiu, em outubro de 2003, o Programa Bolsa Família (Lei 10.836/04 regulamentada pelo Decreto nº. 5.209/04), reunindo quatro programas de transferência de renda que existiam anteriormente: Bolsa Escola, Auxílio-Gás, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação (DURIEUX, 2011).

Durieux (2011) em seu estudo Transferência de renda: Programa Bolsa Família e Cidadania; discursa que os programas de assistência social, dentre eles os programas de transferência de renda não-contributiva, passaram a ser concebidos como políticas públicas de Estado, deixando, por força de lei, de ter um caráter meramente assistencialista, transformando-se num direito de cada cidadão.

Observa-se a existência de muitas discussões e debates sobre o conteúdo e a eficácia dos programas de transferência de renda, em particular o ‘Bolsa-Família’, na redução da pobreza e na promoção da cidadania (DURIEUX, 2011).

## Companheiro

A maioria das mulheres recebeu o apoio dos companheiros devido ao fato de estarem preparados para o acontecimento, pois receberam previamente as orientações sobre o processo de puerpério da mulher HIV positivo.

*Ah... ele me deu apoio... como foi programada, ela já sabia, já estava preparado, então a gente não teve muitos problemas não (M2).*

*Ele me apoio em tudo desde o inicio (M3).*

*Meu companheiro apoiou e foi triste pra ele também (M5).*

*Ele sabia que não ia poder, não ligou não, ele achava que estava certo (M6).*

*Tive apoio o tempo todo, desde o momento que recebi a noticia que não poderia amamentar, até eu me conformar de vez, até ele sentir seguro que eu estava conformada, ele me apoiou o tempo todo (M14).*

O Ministério da Saúde alerta sobre a importância das mulheres HIV positivas serem esclarecidas sobre a comunicação de seus parceiros sexuais quanto a infecção existente e reforça que “a comunicação dos parceiros obedecerá aos princípios da confidencialidade, ausência de coerção e proteção contra a discriminação” (Brasil, 2006, p.30).

É conhecido que o sigilo é um dos pilares dos princípios éticos do profissional. A informação, contudo, da revelação da existência de infecção pelo HIV, mesmo sem a concordância do paciente, é um dever e direito do médico. A ruptura do sigilo está amparada, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) no dever de proteção à saúde de terceiros.

*Ele sempre me ajudou, ele sempre foi um bom pai, eu mesma é que fiquei esquisita, depressão, voltei a fumar durante meu resguardo, não conseguia dormir. Ele já sabia que eu não podia amamentar (M7).*

*Ele me apoiou, mas achou chato porque se não tivesse essa doença poderia dar o peito normalmente como todo o mundo dá, e tendo é outra coisa (M12).*

Outras mulheres não puderam receber o devido apoio do marido, tendo como consequência, até mesmo, a separação do casal.

*Não tive porque quando descobri o HIV eu me separei dele (M1).*

Mesmo em uma situação delicada, como a infecção pelo HIV contraída fora do casamento, não declinou o companheiro à separação:

*Quando eu soube, eu falei: vou contar pra ele, tava certa que meu casamento ia terminar, tirei a aliança, expliquei o que tinha acontecido, ele falou que nada ia separar a gente, que ele me amava muito, que isso aconteceu porque eu fiquei longe dele. Ele me abraçou e pediu a Deus que ajudasse a gente e falou que ia ficar comigo (M9).*

O relato de M9 nos faz refletir que mesmo diante da inibição da lactação das mulheres soropositivas para o HIV o apoio e a compreensão do companheiro é vista como positiva para a mulher. O estudo *Couples Relationship and Breastfeeding Is There an Association* ao utilizar as entrevistas clínicas com casais e com parceiros individualmente também faz uma associação entre a qualidade do relacionamento dos casais, sendo observado que um bom relacionamento mostra uma associação do envolvimento paterno com a criança (Falceto, Giugliani, Fernandes, 2004), diminuindo nestes casos até a violência intrafamiliar.

## **Materno**

Apesar de a mãe ser o alvo do apoio incondicional, neste estudo apenas duas mulheres se referiu a mãe como elemento de apoio. Não houve relatos de falta de apoio, porém foram pouco mencionadas:

*Minha mãe, quem me ajudou mesmo foi minha mãe, desde o pré natal e até hoje ela me ajuda e ai.. hoje estou melhor... to fazendo terapia (M4).*

*Eu tive medo de contar pra minha mãe, mas quando ela foi me pegar no hospital eu estava em prantos, eu falei pra ela... e me deu toda força, foi mais que uma mãe, uma amiga (M9).*

Para Forna (1999), o amor materno nasce da relação mãe-filho e é uma expressão do livre-arbítrio. O imenso amor que a maioria das mulheres sente pelos filhos é alimentado e apoiado pelos valores sociais e ambientais que existem hoje.

Contrária às idéias de que a maternidade só comporta o amor irrestrito e apoiando a perspectiva das teorias do gênero, segundo a qual a maternidade é construída e não instintiva, a maternidade e a maternagem, segundo os antropólogos e sociólogos, é um constructo social e cultural que decide não só como criar filhos, mas também, quem é responsável por eles (FORNA 1999)

De acordo com Tourinho (2006), dentre as recomendações à mãe, observa-se a responsabilidade pela criação dos filhos e pela harmonia da família, ilustrada por mitos da maternidade onde representa a generosidade única, capaz de fazer todas as concessões em favor dos filhos.



## Família e amigos

A família e os amigos perfazem imenso quantitativo e qualitativo na rede de apoio às mulheres entrevistadas.

Macedo (2007, p.24) afirma que atualmente se compreende o conceito de família muito mais pela afetividade e obrigações mútuas do que pela consanguinidade ou casamentos. Para tanto, várias pessoas do grupo social destas mulheres podem ser consideradas “da família” ou “fora da família” independente se há ou não algum parentesco.

*Eu tive apoio de amigo, amigo não né? Dos três irmãos do F. meu marido. Meu irmão, minha sogra e pessoas que não sabiam do problema falaram, perguntou por que eu não estava amamentando. Ai eu tive auxílio do Dr. M. pra falar que eu estava com mastite. Falaram palavras que me magoaram. Ai tinha umas mulheres mães lá do prédio que perguntavam: está amamentando? Ela está gordinha! Eu: sim! não ia ficar explicando! Eu omitia. (M4)*

*Quem sabia que eu era portadora do vírus, já sabia... e sabia que eu não podia amamentar mesmo. Agora... para quem não sabia... ficou questionando né? por que eu não tentava, tinha gente que achava que era pra não ficar com o peito feio, tive esse tipo de critica. (M2)*

*A família me apoiou. Ajudou a colocar compressa e dar mamadeira, pois todos sabiam. Fora da família muitos perguntaram por que não amamentava, qual foi o motivo (M5).*

*Amigos ninguém sabe, da família perguntaram por que eu não tava dando o peito. (M6)*

*Como a família já sabia, foi mais fácil, os amigos que chegavam eu tinha que inventar, que ele era pequenino, não conseguia pegar o peito, engasgava. (M7)*

*A família consolou. (M8)*

*Uma amiga, que esta ai comigo, ela cuidou dele, eu fiquei praticamente cinco dias sem pegar meu filho. Não achei justo não contar pra ela, ela sempre foi fiel a mim, ai eu falei, ai ela disse: já sabia. Ai eu: como? Ela falou que foi na recepção... minha ficha tava lá e ela viu. Desde então ta sendo fiel, não contou pra ninguém, e tem me ajudado sempre. (M9)*

A falta de apoio pela família e amigos, neste momento, as críticas impiedosas, também fazem parte da rede destas mulheres, contribuindo para a formação de uma rede que Macedo (2007) denomina: rede de desgaste.

*Não, risos, risos, pelo contrário muita crítica. Diziam que eu era uma irresponsável, que não era para eu ter tido filho, pois ideal era amamentar tive que inventar várias desculpas para não ter que contar a razão verdadeira da qual eu não estava amamentando. (M1)*

*Não tive visita de amigos. (M3)*

*Família? Criticaram, falaram que eu mesma assinei minha sentença de morte, as irmãs dele falaram que eu já sabia que ele tinha doença, não me cuidei e não cuidei do meu filho. (M11)*

*A minha família não sabe do vírus, então eles me perguntaram por que eu não podia amamentar. Eles perguntavam sempre e perguntam até hoje. (M14)*

O enfermeiro tem condições assistenciais para contribuir de forma favorável a mulher/puérpera nos diversos cenários em que envolve contato com essa clientela tais como: pré-natal, hospital, Unidade Básica de Saúde e programas de saúde da família, corroborando para reforçar a rede de apoio.

### 1.3 Manejos das mamas puerperais no domicílio para inibição da lactação

O Manual do Ministério da Saúde que trata sobre normas para profissionais de saúde de maternidade referência para mulheres que não podem amamentar informa que o risco de transmissão do vírus HIV pelo leite materno é elevado, entre 7% e 22% e renova este risco a cada exposição, assim reforça a contra indicação do aleitamento materno em mulheres soropositivas para o HIV (BRASIL, 2004).

Dentro desta realidade, orienta que a mulher deva ter sua lactação inibida logo após o parto por medida clínica e farmacológica (BRASIL, 2004).

Das quinze entrevistadas todas receberam orientação para inibir a lactação, com ressalva da entrevistada M11 onde a orientação foi realizada após 1 ano e 2 meses do nascimento por ter tido a descoberta da soro positividade para o HIV de seu filho neste período.

Com relação aos profissionais que realizaram a orientação foram identificados os enfermeiros, médicos obstetras e pediatras e psicóloga e nos diferentes cenários do cuidado: pós-parto, Dipe, pré-natal e enfermarias do hospital conforme quadro XII a seguir:

Quadro XIII: Orientações para Inibição da Lactação por Profissionais de Saúde

Depoentes	Orientação inibição da lactação		Local da orientação inibição da lactação	Profissional Responsável
	Sim	Não		
M1	X		Pós-parto	Enfermagem, obstetra e pediatra
M2	X		Hospital	Médico
M3	X		Hospital	Profissionais do AC
M4	X		Pré-natal	Médico
M5	X		Pré-natal e pós-parto	Médico
M6	X		Pré-natal	Médico

Depoentes	Orientação inibição da lactação		Local da orientação inibição da lactação	Profissional Responsável
	Sim	Não		
M7	X		Pré-natal e pós-parto	Médico
M8	X		Pré-natal	Médico e enfermeiro
M9	X		Hospital	Enfermagem, médico e psicólogo
M7	X		Pré-natal e pós-parto	Médico
M8	X		Pré-natal	Médico e enfermeiro
M9	X		Hospital	Enfermagem, médico e psicólogo
M10	X		Pré-natal e pós-parto	Médico, enfermeiro e pediatra
M11	X		Ambulatório da Dipe	Médico
M12	X		Hospital	Médicos e enfermeiro
M13	X		Hospital	Pediatra e enfermeiro
M14	X		Pré-natal	Médico, psicólogo e enfermeiro
M15	X		Pós-parto	Enfermagem

Questionário Gineco-obstétrico e Planilha de atendimento Ambulatório Dipe IFF, prontuário 2012, Rio de Janeiro/RJ

Legenda: AC = alojamento conjunto, Dipe: Doenças Infeciosas Pediátricas

O quadro XIV demonstra uma variedade de orientações acerca da inibição da lactação pelos profissionais, orientações que vão de encontro pelo preconizado pelo Ministério da Saúde, mas também surgem orientações do senso comum como, por exemplo, o uso da água morna.

Quadro XIV: Orientações dos Profissionais para Inibição

Depoentes	Manejo da Inibição
M1	Compressa de gelo e bromocriptina
M2	Compressa de gelo
M3	Banho gelado e gelo
M4	Remédio e sutiã apertado
M5	Gelo, compressa e remédio
M6	Gelo e água morna no chuveiro
M7	Compressa de água gelada, sutiã e remédio
M8	Não soube relatar

<b>Depoentes</b>	<b>Manejo da Inibição</b>
M9	Gelo
M10	Remédio
M11	Faixa de crepom e medicação
M12	Remédio
M13	Remédio
M14	Remédio
M15	Gelo

Fonte: Transcrições das entrevistadas, 2012, Rio de Janeiro/RJ

Das entrevistadas oito relataram o uso de compressa de gelo e gelo como manejo pra inibir a lactação, oito utilizaram medicamentos sendo que apenas uma soube relatar o nome do fármaco, uma inibiu a lactação com faixa de crepom, duas utilizaram sutiã apertado e uma água morna no chuveiro. Vale ressaltar que algumas mulheres utilizaram mais de um tipo de manejo com a mama para inibir a sua lactação.

Em relação às compressas frias nas mamas, o Ministério da Saúde Brasil (Brasil, 1995) aponta que não existe uma comprovação científica quanto à sua eficácia para aliviar os sintomas do ingurgitamento mamário, no entanto elas podem ser úteis na redução da produção de leite e não devem ser utilizadas por mais de 15 a 20 minutos.

A compressa fria é responsável pela redução da produção de leite quando aplicada sobre a mama ingurgitada. O frio provoca uma vasoconstrição temporária que leva a diminuição do fluxo sanguíneo, do edema e da drenagem linfática, tendo como efeito uma menor produção de leite. A compressa fria mostrou-se efetiva para aliviar a dor, porém resultados sobre a produção de leite após seu uso não foram apresentados. (SOUZA et al 2012

Corroborando com Souza et al (2012), a aplicação de calor local diretamente nas mamas ingurgitadas promove vaso dilatação, desta maneira gera um aumento da circulação e consequente aumento no volume de leite nas mamas, o que, fisiologicamente, levaria ao aumento de ingurgitamento. As compressas quentes devem ser evitadas, por promoverem a vasodilatação ocasionando o aumento da produção de leite. Além disso, podem ocasionar queimaduras, que acontecem devido à sensibilidade ao calor diminuída em virtude do edema da mama. Só deve ser utilizada esta prática com acompanhamento de um profissional treinado e, portanto, não deve ser um ponto de orientação para as puérperas.

Na vida, essa mulher convive no puerpério com a impossibilidade de não amamentar, conduta identificada pelo enfaixamento dos seios, que é considerado doloroso e punitivo. No

entanto, a impossibilidade de amamentar envolve a chance de manter a criança sadia, o que implica não só em aspectos biológicos, mas também em questões sociais, culturais e emocionais. (PADOIN, TERRA E SOUZA, 2011)

Percebe-se na prática que o uso da medida clínica, traz a essa mulher situações que transpõe os sentimentos da não amamentação, mas perpassam por sentimentos emocionais e sociais fortes, como segue na fala da entrevistada M7:

Nos outros dois sofri mais ainda, usava aquela faixa, enfaixava pior, parece que produzia mais. Neste filho não usei a faixa foi muito melhor (M7).

Moreno, Rea e Filipe (2006) apontam para a necessidade de se rever a prática do enfaixamento, pois outros aspectos além dos biológicos devem ser apreendidos, tais como o sentimento punitivo e doloroso.

A vivência do enfaixamento das mamas desencadeia uma imagem do corpo centralizado na mama, que afeta a mulher/mãe nas suas dimensões física, psíquica, social e cultural, estando intimamente inter-relacionadas, retratando o elevado nível de rejeição e repúdio expresso corporeamente pela maior parte das mulheres (SANTOS, 2004).

É reforçado pelo pesquisador que o enfaixamento da mama como rotina no serviço gera constrangimento, desconforto e constitui-se um ato segregador. Conforme já elucidados neste estudo no capítulo 1.

Santos (2004) verificou forte nível de rejeição e repúdio por parte das puérperas com HIV positivo quando utilizado o enfaixamento das mamas como forma de inibir a lactação como rotina nos serviços de saúde e ainda relata que essa prática deve estar sempre baseada no consentimento livre e esclarecido das puérperas. Para Moreno, Rea e Filipe (2006), o enfaixamento deve ser precedido de esclarecimentos e receber a posteriori o acompanhamento, no intuito de evitar sensação de punição e dor.

No Brasil, o Ministério da Saúde implementou um protocolo no qual a mulher com diagnóstico de HIV não amamenta seus filhos, nem doe o seu leite para Bancos de Leite Humano (BLH); contra-indicou o aleitamento materno cruzado, devendo ter sua lactação inibida logo após o parto, sendo indicadas medidas clínicas e farmacológicas. As medidas clínicas consistem em realizar, de forma cuidadosa, a compressão das mamas (enfaixamento) e aplicação de bolsa de gelo ou compressas frias (por um período menor ou igual há 20 minutos). Os cuidados consistem em não restringir os movimentos respiratórios com conseqüente desconforto maternos, além do consentimento livre e esclarecido das puérperas para a execução do procedimento. O protocolo garante o sucesso em 80% dos casos, quando

mantidas as medidas pelo período de sete a dez dias, evitando a manipulação e estimulação das mamas. Caso houvesse dificuldades para implementar essa medida, pode-se adotar a supressão farmacológica com uso do inibidor de lactação (BRASIL, 2003).

A compra do inibidor da lactação é responsabilidade da maternidade (instituições privadas e filantrópicas conveniadas com o SUS) ou pelo Estado/Município (instituições públicas), sendo restituído pelo SUS de acordo com tabela baseada na portaria MS/GM numero 822, de junho 2003 (BRASIL, 2004).

A entrevistada M12 relata um temor quanto ao uso da faixa e as possíveis exposições em que essa prática pode despertar:

O enfaixamento é doloroso, chato porque tem que ficar tirando todo o tempo, amarrando a faixa de novo, não é legal não, e os outros ficam vendo no hospital (M12).

Dentre as entrevistadas oito tiveram a chance de usar medicação como forma de inibição, contudo ainda de forma inadequada, já que não foi percebida uma prévia discussão e ou orientação desta prática.

Faz-se necessário a todo o momento e em especial o enfermeiro que realiza consultas de pré-natal discutir e orientar as mulheres soropositivas quanto às possibilidades do manejo das mamas puerperais diante da inibição da lactação, pois uma mulher bem orientada toma as suas decisões sem muito sofrimento.

As falas a seguir reafirmam a falta de orientação e a necessidade de aconselhamento das formas de não lactação para as mulheres.

Eu enfaixei que a médica mandou (M12).

Até procurei remédio que pudesse inibir a lactação, não me orientaram (M15).

No cotidiano fica claro ao enfermeiro e pesquisador no alojamento conjunto que o método clínico, representa para a mulher sentimentos de angústia e desconforto, no que tange a inibição da lactação.

Eu tomei medicação para poder secar, fiz compressa de gelo, água gelada, sofri bem menos (M7).

Colocar gelo, mas nos afazeres diários com o M. eu acabava por esquecer-se de colocar gelo, é assim você sabe que tem que fazer, mas aceita a condição ai ficava ali produzindo leite um transtorno (M15).

Então eu fui orientada a colocar gelo, compressa de gelo de 3/3h mais ou menos isso, de 3/3h se doesse e foi o que eu fiz, só usei gelo em casa compressa de gelo (M2).

Orientaram tomar banho gelado (M3).

Bem coloquei gelo, ficou bem dura, ai fui para o chuveiro, deixei água morna cair, e ai continuei a colocar gelo (M6).

Compressa de gelo e bromocriptina (M1).

Moreno, Rea e Filipe (2006) apontam que a supressão da lactação de forma precoce, traz para essas mulheres intercorrências mamárias clínicas, e ainda segundo o autor com mais frequência o ingurgitamento mamário<sup>8</sup>. Podem surgir sinais e sintomas, tais como: mamas edemaciadas, endurecidas, hipertermia e hiperemia devido ao não extravasamento ou saída do leite acumulado, causando dor e incômodos.

Murahovschi *et al.* (1997) já comentavam que além do suporte emocional as mulheres soropositivas para o HIV, nos casos de ingurgitamento mamário devem ser orientadas sobre a ordenha de alívio<sup>9</sup>, evitando dor intensa e risco de posterior mastite.

Corroboram-se com Moreno, Rea e Filipe (2006, p.206):

“os profissionais de saúde parecem deter o poder sobre o corpo destas mulheres, mas a posição do corpo se mostra, ora aceitando as intervenções, ora mantendo a lactação independente de medicamentos ou enfaixamento.”

Quadro XV: Complicações com as mamas puerperais

<b>Depoentes</b>	<b>Complicação</b>
M1	Ingurgitou
M2	Não teve problemas
M3	Não teve problemas
M4	Não teve problemas
M5	Não teve problemas
M6	Ingurgitou
M7	Ingurgitou
M8	Ingurgitou

<sup>8</sup> Popularmente como peito empedrado, devido ao acúmulo de leite em toda glândula mamária, verificada quarenta e oito a setenta e duas horas após o parto.

<sup>9</sup> Massagear as mamas e retirar o leite com as mãos desprezando-o.

<b>Depoentes</b>	<b>Complicação</b>
M9	Não teve problemas
M10	Não teve problemas
M11	Não teve problemas
M12	Não teve problemas
M13	Não teve problemas
M14	Ingurgitou
M15	Produzi leite por dois meses

Fonte: Transcrições das entrevistadas, 2012, Rio de Janeiro/RJ

Quanto às complicações das mamas puerperais, nove relataram não ter tido problemas de ordem fisiológica, cinco relatam ter tido ingurgitamento e uma teve produção de leite por dois meses. As falas elucidam que as intercorrências mamárias podem ter surgido pelo manejo inadequado.

Quase empedrou, parei de usar a compressa de gelo, mas aí eu voltei ao hospital aí, eles me deram 01 medicamento e meu leite secou (M1).

Meu peito começou a inchar no primeiro dia, mas aí tomei os dois comprimidos para secar, aí melhorou (M13).

Continuei produzindo leite por 2 meses (M15).

Eu não tive problema, não tive febre, foi normal, nenhum problema, não voltou o leite (M2).

Percebe-se pelos depoimentos das entrevistadas das quais não tiveram complicações mamárias atribuíram o fato, ora pela vivência anterior ou ora ao uso da prática farmacológica, sem nenhum relato de efeitos colaterais ao uso da medicação.

Em nenhum momento foi relatado pelas entrevistadas algum tipo de efeito colateral devido ao uso de medicação inibidora da lactação. Foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde e não foi encontrado estudos com dados acerca de efeitos colaterais.

Como enfermeiro atuante na prática assistencial com puérperas com HIV positivo, durante o uso de medicação inibidora para a lactação quando prescrita não foi observado nenhum relato de efeitos colaterais ao uso da medicação.

Não tive problema, eu tomei remédio pra secar (M5).

Não porque eu tomei um remédio indicado pela minha médica, e ela me passou um comprimido que logo no dia seguinte pós ter o neném, eu tomei esse remédio aqui e secou naturalmente, o seio não empedrou, não inchou e não inflamou nada, normal (M10).



Bom quando cheguei, eu não sabia se me deram alguma medicação lá, secou normal lá, até os três dias que eu tive ficou muito cheio, depois secou. Não tive problema com a mama não (M8).

De acordo com o novo manual do Ministério da Saúde (Brasil, 2010) a inibição farmacológica da lactação deve ser realizada imediatamente após o parto, utilizando-se cabergolina 1,0 mg via oral, em dose única (dois comprimidos de 0,5mg por via oral). A sua indicação se dá pelas vantagens que apresenta em relação a outros medicamentos, tais como efetividade, comodidade posológica e raros efeitos colaterais (gástricos), devendo ser ministrada antes da alta hospitalar. Além disso, trata-se de medicamento cujo custo é ressarcido ao serviço de saúde, mediante a informação do código do procedimento no preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do parto. Frente à ocorrência de lactação rebote, fenômeno pouco comum, pode-se realizar uma nova dose do inibidor. Destaca-se que a utilização de estrogênio como inibidor da lactação é contra-indicada devido ao risco de tromboembolismo.

O enfaixamento das mamas consiste em realizar compressão das mamas com atadura, imediatamente após o parto, com o cuidado de não restringir os movimentos respiratórios ou causar desconforto materno. O enfaixamento é recomendado por um período de dez dias, evitando-se a manipulação e estimulação das mamas (Brasil 2004).

De forma geral, em locais de clima quente os resultados do enfaixamento são muito ruins, com elevada taxa de não-inibição e elevada frequência de abscessos mamários. Portanto, o procedimento deve ser considerado como medida de exceção, apenas para os casos em que a cabergolina não esteja disponível.

A necessidade de apropriação de estudos e manuais ministeriais, a fim de que os profissionais e serviços de saúde possam traçar condutas mais adequadas e uniformes, se faz necessário para o adequado manejo das mamas puerperais diante da inibição da lactação em mulheres soropositivas para o HIV no domicílio, no aspecto clínico, cultural, social e emocional.

## **CATEGORIA 2 - ENFRENTAMENTO DAS MULHERES SOROPOSITIVAS PARA O HIV DIANTE DA INIBIÇÃO DA LACTAÇÃO NO DOMICÍLIO: REAÇÕES E ESTRATÉGIAS**

### **2.1 - Reações dos familiares e amigos diante da impossibilidade de amamentar**

A amamentação, inquestionavelmente, é um ponto importante na relação afetiva entre mãe e filho. Portanto, a mulher soropositiva diante a inibição da lactação deve ser estimulada a dar carinho e atenção ao seu filho, aconchegá-lo no colo no momento em que oferece a alimentação por mamadeira.

De acordo com Vinhas et al (2004), a sociedade enfatiza que a amamentação natural é fator primordial para a saúde e desenvolvimento da criança e que também exerce papel na criação e fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho.

No entanto, para as mulheres soropositivas para o HIV, em que o aleitamento materno é contra indicado e, diante da oferta de leite artificial, o momento da alimentação deve ser um momento único para que a relação de intimidade entre ambos seja a cada dia mais fortalecida.

A revelação do diagnóstico ao núcleo familiar e/ou de amigos pode contribuir ou tornar mais difícil esse processo pela mulher.

Minha família não teve críticas, pois todos sabiam (M5).

Como a família já sabia, foi mais fácil (M7).

Pra mim foi normal, já tinha orientação que ele não podia mamar, para minha família todos sabiam (M13).

Desde o descobrimento do HIV, inegavelmente, hoje em proporções menores, mas ainda existente, o HIV afeta a vida social do portador, e da mulher em especial, não amamentar o seu filho pode acabar, muitas das vezes identificando-a como soropositiva trazendo algumas restrições impostas pelo manejo das mamas, não somente pela patologia, mas também, pelo estigma social de ser portadora do HIV.

Bom, foi difícil porque as pessoas questionavam muito e eu não tinha muito que dizer. Não, risos, risos, pelo contrário muita crítica (M1).

Agora para quem não sabia ficou questionando né, por que eu não tentava, tinha gente que achava que era para não ficar com o peito feio, tive esse tipo de crítica. (M2).

Mas tu tentou? Ficava questionando (M8).

Meu irmão, minha sogra e pessoas que não sabiam do problema falaram, e perguntaram por que eu não estava amamentando. Falaram palavras que me magoaram (M4).

De acordo com Minayo (1996: 183), doenças como a AIDS tomam o vulto de:

[...] doenças sínteses, porque criam o consenso do mal proveniente das anomalias sociais, reúnem em si explicações dos desequilíbrios individuais (autojulgamento e autopunição) e sociais (modo de vida opressivo e repressivo) apelam para o transcendente, ligando o material ao espiritual.

Para Aggleton e Parker (2001) o HIV/AIDS poderia muito bem ser descrito como uma “epidemia de significação”, na qual o uso da linguagem nunca é simplesmente neutro e serve aos interesses de poder de diversas maneiras. Junto com a crença disseminada de que a AIDS é algo vergonhoso, tais metáforas e manobras linguísticas construíram uma série de explicações “prontas” (embora altamente inexatas) que fornecem bases poderosas para reações estigmatizantes e discriminatórias.

Esteves (2000) em seu estudo - Olhando o passado e repensando o futuro: a desconstrução do paradigma da amamentação tratou da relação ao vírus da imunodeficiência humana na transmissão vertical por leite materno. Neste estudo, 03 mulheres soropositivas para o HIV amamentaram seus filhos ao seio materno mesmo ciente do risco da transmissão, cujo seus filhos foram soroconvertido para o HIV. Segundo a autora, os fatores que levaram essas três mulheres a amamentarem seus filhos ao seio foram: o descrédito no tratamento, fator econômico associado à pressão de familiares.

Fazem-se necessário discutir a assistência as mulheres soropositivas para o HIV, no que tange ao manejo da mama puerperal. Já se passaram mais de uma década do estudo de Esteves (2012) e ainda encontramos a vulnerabilidade acerca desta temática. Apesar de nenhuma das entrevistadas deste estudo relatarem ter oferecido o seio ao seu filho, salvo a M11 que ofereceu o seio materno até 1 ano e 2 meses por desconhecimento de sua soropositividade em exames anteriores, mesmo sendo indiscutível os benefícios do aleitamento materno. As políticas de incentivo a essa prática de aleitamento materno precisam ser revistas, as mulheres puérperas soropositivas para o HIV passam por pressões fortes diante dos familiares e amigos podendo gerar novos casos de oferecimento de leite materno mesmo na vigência da contra indicação ou até mesmo o risco de aleitamento materno cruzado por entender que seu filho necessita apenas de leite materno e que o leite artificial não daria a imunidade merecida.

Batista e Silva (2007) relatam sobre a necessidade das mulheres em negar aos outros a realidade vivida, por se sentirem pressionadas a praticarem o aleitamento materno, situação também encontrada nos depoimentos a seguir:

Minha, eu cheguei lá eles perguntavam por que eu não estava dando o peito (M12).

Amigos ninguém sabe, da família perguntaram por que eu não tava dando o peito (M6).

Ai eles falavam que pena, poxa, é tão bom dar o peito, mas infelizmente eu não podia continuar (M7)

Meus familiares, ninguém sabe. Poxa não vai amamentar, não tem leite? (M8)

Pessoas não da família, por que você esta dando mamadeira? (M9).

A minha família não sabe do vírus, então eles me perguntaram por que eu não podia amamentar eles perguntavam sempre e perguntam até hoje (M14)

Minha vó que não sabe do diagnóstico, questionou o porquê das mamas estarem grandes e eu não amamentar (M15).

Ressalto a importância de uma sensibilização com realização de oficinas e capacitações para os profissionais de saúde que trabalham com mulheres soropositivas para o HIV ou mesmo aquelas impossibilitadas de amamentar por outras causas para que possam compreender o impacto causado nas suas vidas para além do manejo das mamas puerperais, de forma a contribuir no enfrentamento acerca do processo.

## **2.2 Estratégias utilizadas pelas mulheres soropositivas para justificar a não amamentação**

As entrevistadas fomentam estratégias para justificar a não amamentação, de forma a velar sua condição sorológica positiva para o HIV.

Várias são as estratégias para o enfrentamento da família e amigos diante da não amamentação descrita pelas entrevistadas:

- Infecção e tomando antibióticos fortes,
- Justificava junto a outras mães nutrizes que pegou uma infecção no peito e antibiótico.
- Leite secou.
- Tive mastite.
- Tomava remédio que secava o leite.

- Não produzi leite.
- Bebê pequeno e não pegava o seio.
- Não gostava de amamentar.

A revelação do diagnóstico para a família e comunidade é uma decisão exclusiva da mulher/puérpera soropositiva, devendo o profissional fornecer, fomentar argumentos lógicos, apoiando-a em sua decisão da revelação ou não; atentando para minimizar a ocorrência de estigma familiar e social, sempre que possível oferecer apoio com aconselhamento e encaminhar para grupo de apoio (BRASIL, 2004).

Vale ressaltar que, aconselhar não significa dizer à mulher o que ela deve fazer; significa ajudá-la a tomar decisões, após ouvi-la, entende-la e dialogar com ela (BRASIL, 2009).

Para Machado, Braga e Galvão (2010), é imperiosa a necessidade dos profissionais estarem atentos as novas situações, no caso a mulher HIV/puérpera que requer cuidados, no qual o enfermeiro faça escuta atenta e promova suporte emocional com vistas a desconstruir a culpa desta mulher em não amamentar. Acrescentam ainda a necessidade de oferta de procedimentos preventivos e tratamentos para evitar complicações com a mama puerperal, proporcionando mais conforto e segurança, tanto emocional quanto físico.

Corroborar-se com Batista e Silva (2007), quando exprimem que a profissão que se dedica ao cuidado integral do ser humano é a enfermagem. Pensando na atuação deste profissional, entende-se uma atuação atenta para os diversos determinantes biológicos, sociais e culturais implicados no manejo das mamas puerperais de uma mulher HIV positiva.

Dentro deste contexto, Sydrônio (2006) ao percorrer caminhos para a construção e aplicabilidade de seu conhecimento a enfermagem deva investir em estudos voltados para a ciência natural, ora em estudos embasados nas ciências sociais, que se complementam.

Várias entrevistadas alegaram que não tinham leite, como estratégia para não amamentar diante de familiares e/ou amigos.

Eu disse que não tive leite (M6).

E da família? Não ai sabe, para eles tive que falar que meu leite tinha secado (M3).

Falava que não podia amamentar, porque não tinha leite suficiente (M10).

As pessoas mais, que não eram tão chegadas eu falava que não tinha leite então eu não tive leite, não tive como amamentar (M14).

Eu simplesmente disse que não tinha leite, não tinha leite e pronto. Com meus amigos falava a mesma coisa não tinha leite (M15).

As mulheres adultas possuem, em cada mama, entre 15 e 25 lobos mamários que são glândulas túbulos-alveolares. Envolvendo os alvéolos, estão as células mioepiteliais e, entre os lobos mamários, há tecido adiposo, tecido conjuntivo, vasos sanguíneos, tecido nervoso e tecido linfático. Assim quando a criança mama, impulsos sensoriais vão das terminações nervosas do complexo mamilo-areolar para o cérebro. Em resposta, a parte anterior da hipófise na base do cérebro segrega prolactina. A prolactina vai através do sangue para a mama, fazendo com que as células secretoras produzam leite. Esta produção também é controlada dentro da própria mama, pois existe uma substância no leite materno que pode diminuir ou inibir a produção de leite. Se muito leite é deixado na mama, o fator inibidor faz com que as células deixem de produzir leite. Isto ajuda a proteger a mama dos efeitos desagradáveis de uma produção de leite exagerada (BRASIL, 2009).

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2009) é pouco as situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno. Nas seguintes situações o aleitamento materno não deve ser recomendado:

- Mães infectadas pelo HIV;
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2;
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são citados como contra-indicações absolutas ou relativas ao aleitamento, como por exemplo os antineoplásicos e radio fármacos.
- Criança portadora de galactosemia, doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.

Sabe-se que o volume de leite produzido varia, dependendo do quanto à criança mama e da frequência com que mama. Quanto mais volume de leite e mais vezes a criança mamar, maior será a produção de leite. Uma nutriz que amamenta exclusivamente produz em média 800 ml por dia no sexto mês. Em geral, uma nutriz é capaz de produzir mais leite do que a quantidade necessária para seu filho (BRASIL 2009).

Já outras entrevistadas buscam alternativas para lidar com a realidade de não amamentar, utilizando-se da fé em Deus e a negação como estratégias para explicar a não amamentação diante das pessoas, situação encontrado também em estudo de (NEVES e GIR, 2007).

Deus me ajudou muito, porque era a primeira coisa que perguntavam por que eu tive muito leite nas outras duas, assim eu falava nossa nessa gravidez tive infecção urinária. Falei meu Deus que eu vou falar

pra eles, ai chegava e falava não, mas meu leite secou, assim fui levando (M9).

Mas tu tentaste? Ficava questionando e ai eu orava a Deus e tudo passava (M8).

Paiva e Galvão (2004) asseguram que grande parcela de mulheres HIV descobre seu diagnóstico durante o pré-natal, diagnóstico que não é compartilhado imediatamente com os familiares, incorrendo no futuro situação de desconforto, pela ameaça de serem descobertas por não estarem amamentando, ainda dentro desta perspectiva o fato de não amamentarem as expões socialmente, precisando buscar uma explicação para amigos e familiares.

Silva (2003) em sua tese de doutorado: Cuidado de enfermagem na dimensão cultural e social: História de vida de mães com sífilis reporta que a maior preocupação das depoentes em relação à sífilis é a forma de como comunicar uma doença sexualmente transmissível a sua família e surgindo preocupação com os “outros”, nervosismo ao receber visita de familiares, medo dos profissionais relatarem o diagnóstico aos seus familiares. Corroborando para criar justificativas para ocultar o tratamento e a longa permanência hospitalar: o filho engoliu água do parto e terá que tomar antibiótico, está aguardando uma promessa de laqueadura, foi detectada uma anemia e relatos de estavam tomando medicação.

Leininger & McFarland (2002) diz que os segredos culturais raramente são compartilhados com os profissionais de saúde, a não ser que estes ganhem confiança e possibilite o diálogo. Cabe ao enfermeiro manter-se como rede de apoio a sua cliente, sem preconceitos ou críticas, transmitindo total confiança.

Próximo ao que foi identificado por Silva (2003), contudo com o enfoque para as mulheres impossibilitadas para amamentar, foram identificados relatos como a presença do medo de que outras pessoas descobrissem a infecção pelo HIV, pela impossibilidade de amamentar, incorrendo no ato das mesmas não relatarem o real motivo de não amamentarem.

Disse que tive infecção que estava tomando antibióticos fortes, não podia amamentar o neném, pois passaria mal meu neném (M1).

Ai o que eu usei né eu falei que tive uma cistite muito forte, que tive que tomar antibióticos muito fortes e não podia amamentar, foi à desculpa que eu usei. (M2)

Aos amigos falei que eu tive uma cistite, aliás, quem me visitou e viu o tomar mamadeira e perguntou eu falei isso, porque assim eu evito falar até pra não ter esse tipo de comentário. (M3)

Eu tive auxílio do Dr. M. pra falar que eu estava com mastite. (M4)

Eu estava tomando remédio, e esse remédio fazia secar o leite. (M5)

Eu falava não ele não porque eu tomei remédios muito fortes, até que depois chegava em casa e desabava, né; mas assim essa parte da amamentação foi a mais ruim de tudo. (M9)

Dei a mesma desculpa, que tive uma infecção urinária no parto tomando antibióticos fortes e não podia amamentar e depois meu leite secou, porque eu tomei uma medicação e secou. (M13)

Batista e Silva (2007) discutem os fatores culturais presentes no imaginário das pessoas, provenientes do processo histórico do HIV que despertam atitudes preconceituosas.

Algumas entrevistadas revelam como estratégia para não amamentar a proteção ao bebe:

Os amigos que chegavam, eu tinha que inventar que ele era pequenino, não conseguia pegar o peito. Ele engasgava, ai foi produzindo muito acabou empedrando ai infeccionou ai a Doutor me mandou parar. (M7)

A desculpa e que ela não pegou o peito (M8).

Por eles saberem que eu tomava muito remédio, então eu falava que era muito remédio, e que meu leite não serviria para ele (M14).

Então não podia amamentar, devido a antibiótico que eu tomava, por causa do dentinho do neném (M10).

A negação ou omissão foi uma estratégia utilizada por algumas entrevistadas. A sensação de insegurança, medo minimiza quando compartilhado o diagnóstico com alguém que lhes ofereçam apoio:

Sempre falava que não, não tive alternativa, outra forma (M8).

Eu falava que eu não queria dar, não gosto de dar (M12).

Eu fingia que nada tava acontecendo (M9).

Não ia ficar explicando eu omitia (M4).

Uma entrevistada em especial chamou a atenção por criar uma estratégia, não para discursar aos familiares e/ou amigos o porquê da não amamentação, mas sim como forma de minimizar a quebra do vínculo entre mãe e filho diante da impossibilidade de amamentar.

A experiência é traumatizante, eu quis ser mãe, mas agora não quero mais, entendeu eu quero ter meu filho cuidar dele com carinho, mas passar por esse processo de novo eu não tenho força suficiente, para passar... não desejo mais ter outro filho por passar por esse processo, principalmente da amamentação que é o elo de ligação entre a mãe e a criança, eu amparava meu filho ao seio dava mamadeira fazia carinho, mas não era a mesma coisa. Amparava-o ao seio, e conversava, explicava o que estava acontecendo, mas não é a mesma coisa. Pra mim essa parte da amamentação foi traumatizante. (M15)



A amamentação traga benefícios psicológicos para a criança e para a mãe. Uma amamentação prazerosa, os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho certamente fortalecem os laços afetivos entre eles, oportunizando intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher. Amamentação é uma forma muito especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança. (BRASIL, 2009)

Este estudo não incentiva o desmame precoce de forma alguma, mas quer fazer um paralelo e mostrar que essa mulher soropositiva para o HIV que tem como recomendação não amamentação de acordo com Protocolo 076 (Brasil, 2006) não se sinta tão entristecida, deprimida, não tenha culpa por não alimentar o seu filho com seu próprio leite e se aproprie de novas estratégias para manter o vínculo entre mãe e filho.

## CAPÍTULO 5

---

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo foi grande desafio pessoal e profissional de aprofundar nos fatores sociais e culturais de mulheres soropositivas para o HIV relacionados ao manejo das mamas puerperais no domicílio. Foi possível compartilhar com as mulheres as estratégias, que para elas são extritamente confidenciais e conhecer os conflitos, quanto a inibição da lactação diante da família e de amigos.

Faz-se necessário que se conceba os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, em uma perspectiva ética, pontuando a universalidade e retornando ao critério de que todos têm, ou parecem ter os mesmos direitos.

De acordo com a prática assistencial do pesquisador, desde o período de residente na área de saúde da mulher em 2000, até os dias atuais, fica caracterizada a perpetuação da discriminação por alguns profissionais de saúde e pela sociedade, na opção da mulher soropositiva em engravidar, estando ciente do diagnóstico pré-concepcional.

Uma mãe é menos mãe quando se vê impossibilitada de amamentar? O que fazer como profissional de saúde quando se vê diante desta situação em que a mulher expressa ser pior a não amamentação do que o próprio diagnóstico? É possível, a partir destas revelações, refletir que o ato de amamentar é, sem dúvida, um símbolo de proteção e alimentação do seu filho.

O cuidado e a alimentação de um filho é a preocupação central de toda a mãe, ou de sua maioria. Apesar, no entanto, do preconizado pelo ministério da saúde: “que o seio materno é o melhor alimento”, o número de mulheres que não podem amamentar e que desmamam precocemente seus recém-nascidos também é alto em nossa sociedade.

Este estudo não incentiva o desmame precoce de forma alguma, mas quer fazer um paralelo e mostrar que essa mulher soropositiva para o HIV que tem como recomendação a não amamentação de acordo com protocolo 076 (Brasil, 2006), não se sinta tão fragilizada, entristecida, deprimida e culpada por não alimentar o filho com seu próprio leite.

Há necessidade de incentivar a qualificação do profissional que atende a mulher soropositiva para o HIV no ciclo-gravídico puerperal, atentando aos direitos dessa mulher e implementando novas possibilidades do manejo da mama puerperal diante da inibição da lactação.

Diante disso, recomenda-se:

1) Fortalecer redes de apoio no pré-natal, hospital e rede básica de saúde (Unidades Básicas e Programas de Saúde da Família) e fornecer apoio e subsídios para as estratégias de enfrentamento diante da tríade de pressões: protocolo ministerial que recomenda a não amamentação; o ambiente do alojamento conjunto que é palco de estímulo para a amamentação e o ambiente familiar que cobra a amamentação seguindo padrões sócio-culturais.

2) Abrir discussão para a proscrição do uso de faixa de crepom, como manejo para inibir a lactação em mulheres soropositivas para o HIV.

3) Reforçar nos serviços de saúde que assistem essas mulheres a apropriação de novos estudos e manuais, traçando suas condutas de forma mais uniforme, garantindo à mulher a participação na condução de sua assistência, visando o adequado manejo das mamas puerperais diante da inibição da lactação em mulheres soropositivas para o HIV, não somente no aspecto clínico, mas também emocional cultural e social.

Portanto, eximir-se do desejo de amamentar o seu filho ao seio devido à contra indicação pela soropositividade do HIV, torna essa mulher tão mãe quanto outra ou talvez a eleja mais mãe que por proteção a saúde de seu filho deixa de apropriar-se de tal desejo pelo amor incondicional de mãe.

## REFERÊNCIAS

AGGLETON, P. e PARKER, R. **Estigma, discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

ALMEIDA, JAG. **Amamentação: Um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004

ARAÚJO, MAL. QUEIROZ, FPA. MELO SP. SILVEIRA, CB. SILVA, RM. **Gestante portadoras do HIV: Enfrentamento e percepção de uma nova realidade**. Cienc. Cuid. Saúde 2008 abr/jun; 7 (2):216-223.

BARASCH, MI. **O Caminho da cura: uma visão espiritual das doenças**. Rio de Janeiro: Record; 1997.

BARBOSA, RHS. **Mulheres, reprodução e AIDS: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestante HIV**. Tese. Rio de Janeiro.(RJ). Escola Nacional de Saúde Pública, Focruz; 2001.

BATISTA, CB. SILVA, LR. **Sentimentos de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar**. Escola de Enfermagem Anna Nery 11(2): 268-275 jun. 2007. tab.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS- DST. Ano VIII número 1- 27 a 52 semana epidemiológica- julho a dezembro de 2010. Ano VIII número 1- 1 a 26 semana epidemiológica- janeiro a junho de 2011. Brasil 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS e DST. Departamento DST, AIDS e Hepatite Virais, M.S. ano VII número 1 vigésima sétima a quinquagésima segunda semana epidemiológicas julho a dezembro 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria Técnica Ministerial número 2.104, de 19 de novembro de 2002. **Regulamento Projeto-Nascer Maternidade**. Diário Oficial da União, 19 de Nov. 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV em gestantes, parturientes e puérperas. Recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Boletim Epidemiológico de Aids. [online] [citado 2003dez20]. Disponível em: URL; <http://www.aids.gov.br>

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Executiva. Programa Nacional de DST e AIDS. MS 2003. Brasília-DF 2003

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. Projeto Nascer / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades da iniciativa Hospital Amigo da Criança: referência para mulheres HIV positiva e outros que não podem amamentar.** Brasília (DF): MS; 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 197 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-1107-3.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes:** manual de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 172 p. : il. – (Série Manuais, n. 46)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aleitamento materno. Manual de normas técnicas.** Brasília: INAM, Comin, Pniam; 1995.

BRITO, AM. CASTILHO, E. SZWARCOWALD, CL. **AIDS e Infecção pelo HIV no Brasil: uma Epidemia multifacetada.** Revista da sociedade de Medicina Tropical, Uberaba, v.34, n. 2, 2001.

CAPRARA, A. FRANCO, ALS. **Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias.** In: Deslandes S, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: dilemas, conceitos e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 85-108.

DURIEUX, M. **Transferência de renda: Programa Bolsa Família e Cidadania.** Brasília: ESAF-DIREC, 2011. 65 páginas. Monografia de Especialização – Escola de Administração Fazendária – Diretoria de Educação – Curso de Especialização em Educação Fiscal e Cidadania.

Esteves, TMB. **Olhando o passado e repensando o futuro: a desconstrução do paradigma da amamentação, em relação ao vírus da imunodeficiência humana na transmissão vertical** [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO; 2000.

FABBRO, L. **Limitações Jurídicas à Autonomia do Paciente**. Revista Bioética 1 vol. 7, 1999.

FALCETO, O. GIUGLIANI, ERJ. FERNANDES, CLC. **Couples' Relationship and Breastfeeding Is There an Association?** J Hum Lact. 2004; 20 (1): 46-55. In: COSTA CR. **Representação do papel do pai no aleitamento materno** [DISSERTAÇÃO]. Porto / Portugal: Curso de Mestrado em Nutrição Clínica da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, 2007.

FAUCI, AS.(2011)Pinto [Entrevista](http://video.globo.com/Videos/Player/Noticias/0,,GIM1529289-7823.html). Espaço Aberto ciência e tecnologia. Globo News.disponível em:<http://video.globo.com/Videos/Player/Noticias/0,,GIM1529289-7823.html>.DESCOBERTAS+SOBRE+A+AIDS+AVANCAM+NOS+ULTIMOS+TRINT A+ANOS,00.html. Acesso em: 20 de junho de 2012.

FORNA, A. **Mãe de todos os Mitos: Como a Sociedade Modela e Reprime as Mães**/ Aminatta Forna; tradução Ângela Lobo de Andrade- RJ ediouro, 1999.

GIUGLIANI, ERJ. **O Aleitamento Materno na Prática Clínica**. Jornal de Pediatria, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico, Brasil, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 fev 2013.

ISSLER, H. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas**. São Paulo: Sarvier, 2008.

LEININGER, M & Mc FARLAND, M. **Transcultural Nursing**. Concepts, theories, research & practices. 3 ed. New York:McGraw Hill 2002.

LEININGER, MM. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press; c1991

LEININGER, MM. e McFARLAND, MR. **Culture Care Diversity and Universality – A World Nursing Theory**. Second edition. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett publishers, 2006

MACEDO, EC. **Cuidadora de Crianças com Imunodeficiência Primária: a Enfermeira trazendo à visibilidade as conexões da Rede Social** (dissertação). Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

MACEDO, JO. **O Papel da Equipe Saúde da Família na Promoção do Aleitamento Materno e Prevenção do Ingurgitamento Mamário**.Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.Uberaba/MG 2011.

MACHADO, MMT. BRAGA, MQC. GALVÃO, MTG. **Problemas com a mama puerperal revelados por mães soropositivas**.Rev Esc enferm USP2010;44(1):120-5

MERHY EE. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde.** Interface (Botucatu).2000 fev; 4(6):109-16.

MINAYO, MCS. (ORG). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1996. 80 p.

MINAYO, MCS. (ORG). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 27 ed. 2008.

MORENO CCGS, REA MF, FILIPE EV. **Mães HIV positivo e a não amamentação.** Rev. Brás Saúde Mater Infant.2006;60(2):199-208.

MURAHOVSKI J, TERUYA KM, BUENO LGS, BALDIN Pea. **Amamentação: da teoria à prática: manual para profissionais de saúde.** Santos :Fundação Lusíada, Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas de Santos, Centro de Lactação de Santos;1997.

NEME, B. **Obstetrícia Básica.** 3.ed. São Paulo: Savier. 2006

NEVES LAS, GIR E. **Mães portadoras do HIV/AIDS: percepções acerca da severidade da infecção.** REV ESC Enferm USP.2007

OLIVEIRA, TR, SIMÕES SMF. **O consumo de bebida alcoólica pelas gestantes: Um estudo exploratório.** Esc. Anna Nery, Rev. Enferm. 2007 dez; 11(4): 632.8

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE(OPAS). Organização Mundial da Saúde(OMS).Amamentação.Brasília: Opas, OMS, 2003.

PADOIN SMM ,TERRA MG, SOUZA, IEL. **O Mundo da mulher que tem HIV/AIDS no cotidiano da (IM)possibilidade de amamentar.**Esc. de Enfermagem Anna Nery(impr.)2011 jan-mar; 15(1):13-21

PADOIN, SMM,SOUZA, IEL. **A ocupação da mulher com HIV-AIDS: O cotidiano diante da (im)possibilidade de amamentar.**DST-J. Bras Doenças Sex Transm 18(4): 241-246,2006

PADOIN, SMM. **Em busca do estar melhor do ser-familiar e do ser-com AIDS.**[dissertação].Florianópolis(SC): Universidade Federal Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 1998

PAIVA, SS. GALVÃO, MTG. **Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV.**Texto Contexto Enferm 2004 jul-set; 13(3):414-9.

PAIVA, MS. Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV. Tese de doutorado-Escola de Enfermagem de São Paulo.Universidade de São Paulo.São Paulo, 2000.

ROSA, A. H. V. **A HISTÓRIA SE REPETE: MÃES DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS / SUBSÍDIOS PARA O CUIDAR DA ENFERMAGEM.** Rio de Janeiro, 2012. 104. xi.

Dissertação (Mestrado) -. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem.

ROZENBAUM, W.(2011) PINTO [Entrevista](#). Espaço Aberto ciência e tecnologia. GloboNews.disponível em:<http://video.globo.com/Videos/Player/Noticias/0,,GIM1529289-7823->

**DESCOBERTAS+SOBRE+A+AIDS+AVANCAM+NOS+ULTIMOS+TRINTA+ANOS, 00.html. Acesso em: 20 de junho de 2012.**

SANTOS, EKA. **A expressividade corporal do ser-mulher/mãeHIV positiva frente à privação do ato de amamentar: a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria da expressão de Merleau-Ponty** [tese de doutorado]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.

SILVA, JA .**Curso de Direito Constitucional Positivo**. 28. ed. São Paulo:Malheiros, 2007.

SILVA, LR. **Cuidado de Enfermagem na dimensão cultural e social: História de vida de mães com sífilis. Tese de doutorado em enfermagem**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2003.

SILVA, MDB. **Saberes e práticas do cuidado materno na doença respiratória infantil** / Maíra Domingues Bernardes Silva, 2011.

SOUZA, L. HADDAD, M L. NAKANO, AMS. GOMES, FA. **Terapêutica não farmacológica para alívio do ingurgitamento mamário durante a lactação: revisão integrativa da literatura**. Rev. esc. enferm. USP vol.46 no.2 São Paulo Apr. 2012

SOUZA E SOUZA, L. P.; SILVA, J. R.; LOIOLA, M .F. R. **Reflexão crítica a respeito do perfil epidemiológico da violência doméstica em Montes Claros MG**. In. III SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE METAFÍSICA E FILOSOFIA CONTEMPORÂNEA METAFÍSICA E VIOLÊNCIA, 2011.Anais ISSN: 1806-549X Montes Claros: Unimontes, Montes Claros, 2010. p.1-10.

SYDRÔNIO K. **A Enfermagem Brasileira tecendo as redes do conhecimento no assistir em amamentação**.IFF-FIOCRUZ, 2006.

TEIXEIRA, MLO. FEREEIRA, MA. **Pesquisa do Cuidado de Enfermagem: aplicabilidade do referencial de Leininger e Freire**. Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 1 - 2010

TOURINHO, JG. **A mãe perfeita: idealização e realidade- Algumas reflexões sobre a maternidade**. Instituto de Gestalt-terapia e Atendimento familiar.Vol. 3, n. 5, 2006. Disponível em [www.igt.psc.br](http://www.igt.psc.br). Acessado em 14/11/08.

TYMCHAK, A. **Enfrentando pressões**. Rio de Janeiro: Revista Manancial. 2000,80p. UNICEF (United Nations Children's Fund), UNAIDS ( Aquired Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), WHO (world Health Organization). **Aconselhamento em HIV e alimentação infantil: um curso de treinamento: guia do treinador – 2000**.São Paulo: Instituto de Saúde; 2003.



UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês .Edição Revista de 2008.

VINHAS, DCS. REZENDE, LPR. MARTINS, CA. OLIVEIRA, JP. HUBNER, C. RAYSSA, F – **Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 01, 2004.

## Apêndice 1



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO  
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS  
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – MESTRADO

Projeto de Pesquisa: “Manejo das mamas puerperais para inibição da lactação em mulheres soropositivas no domicílio”

Venho por este documento solicitar sua PARTICIPAÇÃO em pesquisa intitulada “Manejo das mamas puerperais para inibição da lactação em mulheres soropositivas no domicílio”. Esta pesquisa está articulada ao desenvolvimento da minha dissertação de Mestrado a ser apresentada na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Assumo mediante este Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletadas no(s) prontuários do(s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

**Objetivos desta pesquisa:** Conhecer o manejo das mamas puerperais para inibição da lactação pelas mulheres soropositivas para o HIV no domicílio, descrever as estratégias utilizadas pelas mulheres soropositivas diante da família/amigos frente à inibição da lactação no domicílio e analisar os fatores sociais e culturais relacionados ao manejo das mamas puerperais para inibição da lactação no domicílio em mulheres soropositivas.

Esta pesquisa é orientada pela Prof. Dra. Leila Rangel da Silva e será gravada para que a pesquisador se lembre de tudo que foi dito sendo posteriormente digitada. Somente o pesquisador e a orientadora terão acesso as gravações. Em nenhum momento a senhora será exposta a riscos causados pela participação no estudo ou sua entrevista será identificada. A qualquer momento a senhora poderá recusar participar desta pesquisa e anular o consentimento assinado, sem nenhum prejuízo para sua pessoa.

A senhora não terá nenhum tipo de despesa ou gratificação pela referida participação nesta pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão divulgados na dissertação a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIRIO, assim como nas publicações científicas, seminários, congressos e similares científicos.

O pesquisador está disponível para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contato pelo telefone 24-81259982, ou o Comitê de Ética em pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail [cep-unirio@unirio.br](mailto:cep-unirio@unirio.br)

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, abaixo-assinado, declaro que li e entendi

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Assinatura da Participante

\_\_\_\_\_  
 Díbulo Ferreira Abrão

## Apêndice 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU – MESTRADO EM  
ENFERMAGEM

**Formulário Sócio-Econômico-Cultural**

<b>Rio de Janeiro</b>	<b>de</b>	<b>Hora:</b>
<b>Nome:</b>	<b>Prontuário:</b>	<b>Matrícula PN:</b>
<b>Endereço:</b>		
<b>Telefones:</b>		
<b>Sexo:</b>	<b>DN:</b>	<b>Estado civil:</b>
<b>Profissão:</b>		
<b>Cor:</b>	<b>Cor declarada:</b>	
<b>Escolaridade:</b>		
<b>Esposo/companheiro:</b>		<b>Idade:</b>
<b>Escolaridade:</b>		
<b>Profissão:</b>		
<b>Perfil Sócio-Econômico-Cultural</b>		Prontuário Pesquisada
<b>Tecnológicos</b>		
Possui luz na residência?		
Possui água na residência?		
Qual a forma de transporte?		
Possui algum eletrodoméstico?		
<b>Religião e filosofia</b>		
Em que religião foi criada?		
Qual religião pratica agora?		
Freqüenta o templo?		
Freqüência:		
<b>Companheirismo e sociais</b>		
Você vive com alguém?		
Há quanto tempo?		
Como chama relação?		
Participa de reunião ou festas? Freqüência?		
<b>Modos de vida</b>		
Quem mora na sua casa?		
Como é a casa?		
Quem mora em que cômodos?		
Hábito noturno?		
Hábito diurno?		

Local onde dorme?	
Possui banheiro dentro de casa?	
<b>Políticos e legais</b>	
Qual o líder político?	
Sistema de escolha de liderança local?	
<b>Econômicos</b>	
Renda da família	
Fonte de renda da pesquisada	
Quem contribui na renda	
<b>Educacionais</b>	
Você estudou?	
Frequêntou a escola até quando?	
Interrompeu os estudos por quê?	
<b>Drogas Lícitas e Ilícitas</b>	
Álcool	
Fumo	
Droga	

## Apêndice 3



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU – MESTRADO EM  
ENFERMAGEM

**Formulário Gineco-obstétrico**

<i>Dados obstétricos/ ginecológico</i>	<i>Prontuário Pesquisada</i>
Menarca:	
Início vida sexual:	
Número de parceiros:	
Sorologia para HIV do Companheiro	
Proteção Utilizada na relação sexual com companheiro	
Gesta:	
Para:	
Aborto:	
Cesárea:                      P. Normal:	
Quando descobriu o diagnóstico:	
Quem sabe da família:	
Dados última gestação	
DUM:                      DPP:	
Gravidez Planejada:	
Mesmo pai anterior:	
Aceitação pai:	
Aceitação mãe	
Aceitação marido:	
Aceitação família:	
<b>Pré-natal ultima gestação</b>	
Externo / interno	
Número de consultas:	
Categoria profissional do pré-natalista:	
Foi realizada orientação sobre aleitamento materno:	

## Apêndice 4



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU – MESTRADO EM  
ENFERMAGEM

**Roteiro de entrevista semi-estruturada**

MANEJO DAS MAMAS PUERPERAIS PARA INIBIÇÃO DA LACTAÇÃO NO  
DOMICÍLIO

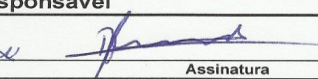
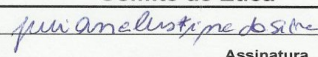
- **Aceitação da mulher diante da inibição da lactação**
- **Manejo das mamas puerperais no domicílio**
- **Apoio social: profissionais, companheiro, família e amigos**
- **Reação da família/amigos diante da inibição da lactação**
- **Estratégias utilizadas pela mulher soropositiva para inibição da lactação**

## ANEXOS

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética Página 1 de 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa -  
CONEP

<b>PROJETO RECEBIDO NO CEP</b>		<b>CAAE - 0052.0.313.008-11</b>	
Projeto de Pesquisa			
Manejo das mamas puerperais para a inibição da lactação em mulheres soropositivas no domicílio			
Área(s) Temática(s) Especial(s)		Grupo	Fase
Não se aplica			Não se aplica
<b>Pesquisador Responsável</b>			
CPF	Pesquisador Responsável	 Assinatura	
04182943724	Dibulo Ferreira Abrão		
<b>Comitê de Ética</b>			
Data de Entrega	Recebimento:	 Assinatura	
21/09/2011			

**Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO**

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

TTDD:232

Assunto: Projetos de Pesquisa – Avaliação.

**Protocolo CEP-UNIRIO:** 0044/2011 **FR** 459606 **CAAE:** 0052.0.313.008-11

**Projeto de Pesquisa:** Manejo das mamas puerperais para a inibição da lactação em mulheres soropositivas no domicílio

**Versão do Protocolo e Data:** 21/09/2011

**Pesquisador(a) Responsável:** Dibulo Ferreira Abrão

**Pesquisador(a) Orientador(a):** Leila Rangel da Silva

**Instituição:** Instituto Fernandes Figueira – IFF – FIOCRUZ/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO.

**Sumário do protocolo:**

- **Objetivos:** conhecer o manejo das mamas puerperais para inibição da lactação pelas mulheres para o HIV no domicílio; descrever as estratégias utilizadas pelas mulheres soropositivas diante da família/amigos frente a inibição da lactação no domicílio; e, analisar os fatores sociais e culturais relacionados ao manejo das mamas puerperais para inibição da lactação no domicílio em mulheres soropositivas.

- **Súmula do Projeto:** Projeto de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIRIO orientado por Leila Rangel da Silva.

Tem por fundamento empírico as diferentes situações de conflito vivenciadas por mulheres soropositivas para HIV implicando constrangimento institucional e domiciliar quanto à ação de amamentar. Destaca para este estudo a pressão que sofre esta mulher no ambiente domiciliar que cobra a amamentação seguindo padrões socioculturais. (p.4)

Metodologicamente está caracterizado como investigação qualitativa voltada para os significados das relações humanas. (p.10)

Como cenário de pesquisa foi escolhido o ambulatório de Doenças Infecto-parasitárias e/ou de Pré-Natal do Instituto Fernandes Figueira (que tem Comitê de Ética próprio) e os sujeitos serão mulheres soropositivas para o HIV que frequentem esses ambulatórios e/ou realizam acompanhamento de seus filhos.(p.10)

Os sujeitos da pesquisa serão mulheres soropositivas para o HIV que frequentam os cenários de pesquisa e /ou realizam acompanhamento de seus filhos.

Como instrumentos de pesquisa serão utilizados 4 (quatro) instrumentos caracterizados como formulários(2), entrevista e diário de campo. (p. 11)

Para a análise dos dados será utilizado o primeiro nível do modelo de Sunrise [...] fundamentada na análise de dados de Etnoenfermagem. (p. 11)





**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO**

**-Comentários do Relator:** Apresenta Folha de Rosto - FR 459606:

- tendo como Instituição Proponente o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIRIO (assinado por Carlos Roberto P. da Silva em 21.09.2011 na folha 01 (carimbo da Coordenadora Teresa Tonine) e Instituição Coparticipante o Instituto Fernandes Figueira – IFF (assinado por Carlos Maurício de Paulo Maciel em 06.09.2011 na folha 02 (carimbo de Diretor Carlos Maurício de P. Maciel);

- caracterizando a pesquisa como do grupo III nível diagnóstico

- especificando um quantitativo de 30 mulheres como sujeitos da pesquisa.

Temática relevante no contexto da assistência integral à saúde da mulher, com destaque para a assistência de enfermagem no alojamento o conjunto e nas consultas pós-natal nas Unidades Básicas de Saúde.

Os Currículos Lattes do mestrando (pesquisador responsável) e orientador apontam para a devida experiência e competência acadêmica para desenvolver a pesquisa proposta.

**- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:** atende às orientações estabelecidas na Res. 196/96, tendo por referência a realização de uma entrevista.

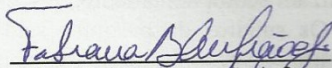
- O sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.
- O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

- Informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação.

Diante do exposto, o Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – CEP –UNIRIO, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS196/96 e suas complementares, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Emitimos, portanto, parecer que classifica o projeto como **APROVADO**.

Rio, 16 de novembro de 2011.

  
 Fabiana Barbosa Assumpção de Souza  
 Coordenadora do CEP-UNIRIO

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO  
 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO  
 Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.  
 Telefones: 21- 5427771 E-mail: [cep.unirio09@gmail.com](mailto:cep.unirio09@gmail.com) e [cep-unirio@unirio.br](mailto:cep-unirio@unirio.br)

Fabiana B. Assumpção de Souza  
 Coordenadora  
 CEP - UNIRIO  
 PROPG-DPQ



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

Eu Díbulo Ferreira Abrão CPF 04182943724 declaro para os devidos fins que possuo currículo na Plataforma Lattes [HTTP://lattes.cnpq.br/8107439507995355](http://lattes.cnpq.br/8107439507995355).

*Díbulo Ferreira Abrão*

Díbulo Ferreira Abrão



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS  
Programa de Pós-Graduação em enfermagem – Mestrado

De: Díbulo Ferreira Abrão

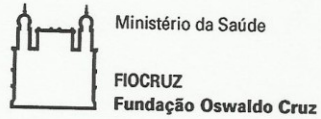
Para: Chefia de Departamento

Em, 09 de dezembro de 2011.

Eu, Díbulo Ferreira Abrão, junto com a orientadora Prof. Dra. Leila Rangel da Silva, solicitamos sua autorização para que esta Instituição seja o Campo de Pesquisa do Projeto de Dissertação intitulado **“Manejo das mamas puerperais para inibição da lactação em mulheres soropositivas no domicílio”** a ser realizado no período de dezembro 2011 a fevereiro de 2012 e com data prevista para defesa da dissertação em setembro 2012, na sede da EEAP/UNIRIO.

Chefia de Departamento de Pediatria

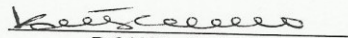
Antônio Flávio V. Meirelles  
Médico  
CRM-52-5141-4



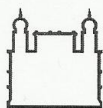
Rio de Janeiro, 09 de dezembro de 2011.

Declaro que as exigências feitas para liberação da pesquisa "Manejo das mamas puerperais para inibição da lactação em mulheres soropositivos no domicílio" desenvolvido por Díbulo Ferreira Abrão protocolado neste Departamento sob o nº 1146/Dpq/2011, foram todas realizadas. Portanto, projeto está APROVADO.

Informamos que o projeto de pesquisa só poderá ser desenvolvido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

  
Dr.ª Kátia Sydrônio  
Vice-diretora de Pesquisa

Dr.ª Enf.ª Kátia Sydrônio  
Vice-Diretora de Pesquisa  
Met. 482765



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



Instituto Fernandes Figueira

### Parecer Consubstanciado 035/2011

Rio de Janeiro, 21 de dezembro de 2011

#### 1- Identificação

CAAE 0052.0.313.008-11

**Titulo do projeto:** "Manejo das mamas puerperais para inibição da lactação em mulheres soropositivas no domicilio"

**Pesquisadora responsável :** Prof. Dra. Leila Rangel da Silva

**Mestrando :** Díbulo Ferreira Abrão

**Instituição proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

**Instituição co-participante:** Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz

Em reunião realizada no dia 15 de dezembro de 2011, os membros do CEP/IFF após análise do projeto, do TCLE e do documento de aprovação do CEP/UNIRIO (**FR 459606/2011**) decidiram por:

**Ratificar a aprovação recebida pelo CEP UNIRIO aprovando o projeto.**

Esclarecemos que as decisões tomadas estão baseadas nos itens das Diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos do CNS Resolução 196/96

Maria Elisabeth Lopes Moreira  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA – IFF/FIOCRUZ

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA – IFF/FIOCRUZ, registrado na CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, em 25 de agosto de 1997, de acordo com o D.O.U. de 10 de outubro de 1996.

## Apêndice 1



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO  
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS  
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – MESTRADO

Projeto de Pesquisa: “Manejo das mamas puerperais para inibição da lactação em mulheres soropositivas no domicílio”

Venho por este documento solicitar sua PARTICIPAÇÃO em pesquisa intitulada “Manejo das mamas puerperais para inibição da lactação em mulheres soropositivas no domicílio”. Esta pesquisa está articulada ao desenvolvimento da minha dissertação de Mestrado a ser apresentada na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Assumo mediante este Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletadas no(s) prontuários do(s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

**Objetivos desta pesquisa:** Conhecer o manejo das mamas puerperais para inibição da lactação pelas mulheres soropositivas para o HIV no domicílio, descrever as estratégias utilizadas pelas mulheres soropositivas diante da família/amigos frente à inibição da lactação no domicílio e analisar os fatores sociais e culturais relacionados ao manejo das mamas puerperais para inibição da lactação no domicílio em mulheres soropositivas.

Esta pesquisa é orientada pela Prof. Dra. Leila Rangel da Silva e será gravada para que a pesquisadora se lembre de tudo que foi dito sendo posteriormente digitada. Somente o pesquisador e a orientadora terão acesso as gravações. Em nenhum momento a senhora será exposta a riscos causados pela participação no estudo ou sua entrevista será identificada. A qualquer momento a senhora poderá recusar participar desta pesquisa e anular o consentimento assinado, sem nenhum prejuízo para sua pessoa.

A senhora não terá nenhum tipo de despesa ou gratificação pela referida participação nesta pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão divulgados na dissertação a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIRIO, assim como nas publicações científicas, seminários, congressos e similares científicos.

O pesquisador está disponível para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contato pelo telefone 24-81259982, ou o Comitê de Ética em pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771, e-mail [cep-unirio@unirio.br](mailto:cep-unirio@unirio.br). Comitê de Ética e Pesquisa, CEP-IFF no telefone 2554-1730. Eu, \_\_\_\_\_,

RG nº \_\_\_\_\_, abaixo-assinado, declaro que li e entendi

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura da Participante

APROVADO

VALIDADE:

INÍCIO 01/01/2012 FIM 30/09/2012

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ

Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491

Email: [cepiff@iff.fiocruz.br](mailto:cepiff@iff.fiocruz.br)

Díbulos Ferreira Abrão

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA- IFF/FIOCRUZ