

VIVÊNCIAS DAS PUÉRPERAS HIV POSITIVAS FRENTE À IMPOSSIBILIDADE DE AMAMENTAR¹

Juliana de S. P. Dias²
Stefania Ruas Pacheco³
Olga Rosária Eidt⁴

jspd@uol.com.br, stefaniapacheco@ig.com.br, oreidt@yahoo.com.br

RESUMO

Buscou-se, com este estudo qualitativo, descritivo e exploratório, identificar as vivências de onze puérperas portadoras de HIV/AIDS em um hospital de POA, frente à assistência de enfermagem recebida no sistema de alojamento conjunto (SAC) devido à impossibilidade de amamentar. Os dados foram coletados entre o período de 2007 e 2008 através de entrevista semi-estruturada e analisados conforme o Método de Análise de Conteúdo de Bardin (1977). Emergiram quatro categorias: Educação em Saúde: um caminho para a proteção específica; HIV+ e maternidade: sentimentos e vulnerabilidades; supressão do leite materno; e aleitamento artificial como “substituto” do aleitamento materno. Evidenciou-se que o acolhimento prestado pela enfermagem e outros profissionais da equipe assistencial influencia a maneira como as puérperas aderem aos seus cuidados com as mamas e com seu filho(a) recém-nascido e interfere no modo como elas vivenciam o binômio HIV+ e puerpério no SAC.

Palavras-chave: Puérperas, soropositividade para HIV; enfermagem.

ABSTRACT

The present qualitative, descriptive and exploratory study aims at identifying the experiences of eleven HIV/AIDS-infected puerperal women in a hospital in Porto Alegre, Brazil, with the health-care received in a collective infirmary as to the impossibility of nursing their babies. The data were collected in the period comprehended between 2007 and 2008 by means of semi-structured interviews, and analyzed according to the Content Analysis Method of Bardin (1977). Four categories emerged: Health Education as a way of specific protection; HIV+ and motherhood generating specific feelings and vulnerability; suppression of the mother's milk; and artificial nursing as a “substitute” for mother nursing. It became evident that the assistance provided by the health-care team as well as that of other health professionals influences the way in which the puerperal women adhere to the care with their breasts and to their newly-born sons/daughters and interferes with how they experience the binomial HIV+ and puerperal period at the collective infirmary.

Key words: Puerperal women, HIV+ positive, health care.

¹ Trabalho de conclusão de curso da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

² Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. RS.

³ Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. RS.

⁴ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde e Professora Livre Docente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. RS.

1 INTRODUÇÃO

Há 26 anos classificou-se o primeiro caso de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil, que é decorrente da infecção pelo vírus chamado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)⁽¹⁾. As mulheres acreditavam estar livres do contágio com vírus por não pertencerem ao denominado **grupo de risco**, categoria utilizada no início da epidemia. Este fato fez com que muitas mulheres se descuidassem da prevenção, desencadeando um crescente número de mulheres infectadas pelo HIV⁽²⁾.

Parte significativa da população feminina só fica sabendo da sua soropositividade para o vírus durante o pré-natal, através do teste para o HIV, que desde 1997 foi implantado pelo Programa Nacional HIV/AIDS como exame de rotina no pré-natal, com o intuito de diagnosticar precocemente o vírus e impedir a transmissão vertical⁽³⁾.

A transmissão vertical, também denominada materno-infantil, é a situação em que a criança é infectada pelo vírus da AIDS durante a gestação, no parto ou por meio da amamentação⁽⁴⁾.

No artigo 9 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o aleitamento materno é tratado como uma questão de direito à vida e à saúde da criança⁽⁵⁾.

Mesmo com essas indicações, a mãe HIV+ e seu bebê não podem compartilhar dessa proposta, ou seja, a mãe não pode amamentar seu bebê devido ao risco de infectá-lo e, por isso, a supressão do aleitamento materno como prevenção da AIDS infantil necessita estar “introjetada” na mãe durante o pré-natal, através de uma educação interativa em consultas assistenciais incluindo as de enfermagem ou em grupos educativos na Unidade Básica de Saúde (UBS), evitando assim a adesão precoce ao aleitamento materno na maternidade.

O impedimento do aleitamento materno pela mãe HIV+, determinado pelo Ministério da Saúde⁽⁶⁾, como medida eficaz à prevenção do HIV vertical, requer da equipe de saúde atitudes persistentes como a de orientar a gestante desde o pré-natal e/ou imediatamente na admissão da parturiente na sala de parto, mantendo-se um processo de reforço ao longo de sua permanência no SAC.

Toda gestante deve realizar o pré-natal para supervisão de sua saúde e da saúde do bebê. No entanto, quando portadora do HIV, torna-se imperativo exercer esses cuidados educativos realizados pela equipe interdisciplinar devido à situação de alto risco em que a mãe e o bebê se encontram.

Contudo, sabe-se que não é suficiente a existência de legislações e recomendações sanitárias e epidemiológicas se não houver uma sociedade consciente e comprometida em efetivá-las⁽⁷⁾.

Sabendo de todo o suporte técnico preconizado por diversos órgãos de saúde para puérperas HIV+ e recém-nascidos (RN) de mulheres soropositivas, sentiu-se a necessidade de conhecer um pouco mais a concretização destas propostas preventivas por meio dos relatos de vivências dessas mães em relação à impossibilidade da amamentação e a correspondente abordagem da equipe de enfermagem frente a esse tema.

Como objetivo do estudo, propomos identificar quais são as vivências de mães HIV+ internadas no sistema de alojamento conjunto (SAC) em relação à assistência de enfermagem recebida devido à impossibilidade de amamentar seu filho.

2 CAMINHO METODOLÓGICO

Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no 4º trimestre de 2007 e 1º trimestre de 2008.

As participantes do estudo foram onze puérperas HIV+ (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10 e P11) em internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no sistema de alojamento conjunto (SAC) de um hospital. Após identificá-las, com a colaboração da enfermeira, essas puérperas foram individualmente convidadas a integrarem a pesquisa. Como abordagem inicial, esclarecemos o objetivo do estudo e os procedimentos previstos conforme estabelecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que as gestantes assinaram por concordarem em participar da entrevista. Devido a impedimento legal, uma adolescente múltipara não pôde participar, embora demonstrasse interesse. Dessa forma, respeitaram-se os critérios de exclusão propostos.

A coleta de dados por meio de entrevista, garantindo o sigilo das informações e o anonimato, realizou-se em ambiente privativo. O instrumento foi um formulário semi-estruturado e que, anteriormente, junto com o Projeto da Pesquisa, fora aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, respeitando, assim, os aspectos éticos preconizados nas normas 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁸⁾.

Uma breve caracterização do perfil das puérperas revela que as idades oscilaram entre 14 e 36 anos; seis delas já tiveram outros filhos antes do diagnóstico do HIV; excluindo a gravidez atual, três puérperas tiveram outros filhos quando já portadoras do vírus. A descoberta da soropositividade para o HIV, relacionando à atual gestação, correspondeu a seis

casos no pré-natal e dois na realização do teste rápido **Determine** (exame anti-HIV) no momento do parto, tendo em vista que não haviam realizado pré-natal. Três das puérperas tinham conhecimento da sua situação viral no período pré-conceptório.

Os dados obtidos foram analisados pelo Método da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), nas suas etapas: pré-análise, exploração do material produzido nas entrevistas e posterior interpretação⁽⁹⁾.

3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Da análise dos dados emergiram as categorias temáticas e subcategorias conforme quadro a seguir:

Categories temáticas	Subcategorias:
3.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM CAMINHO PARA PROTEÇÃO ESPECÍFICA	3.1.1 Orientações educativas: É dever da equipe e direito da paciente 3.1.2 As lacunas do cuidado
3.2 HIV+ E MATERNIDADE: SENTIMENTOS E VULNERABILIDADES	3.2.1 Sentimentos 3.2.2 Situações de vulnerabilidade
3.3 A NECESSIDADE DE SUPRESSÃO DO LEITE MATERNO	3.3.1 Imposição silenciosa da faixa compressora das mamas 3.3.2 Compreendendo a necessidade do enfaixamento das mamas
3.4 ALEITAMENTO ARTIFICIAL COMO “SUBSTITUTO” DO ALEITAMENTO MATERNO	3.4.1 As fontes de orientação 3.4.2 Leite artificial e a mamadeira: o binômio que nutre

3.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM CAMINHO PARA A PROTEÇÃO ESPECÍFICA

A Educação em saúde é fundamental para tornar a puérpera autônoma e protagonista no cuidado com seu filho.

A educação faz parte do ser humano porque ele é ser um ser inacabado⁽¹⁰⁾. E cabe aos profissionais, que possuem o saber em saúde, compartilha-lo com estas mães para que elas

possam desenvolver o autocuidado, tornando-as capazes de cuidar adequadamente do seu bebê em casa e protegê-lo da infecção pelo HIV.

Para se alcançar o sucesso na diminuição da contaminação vertical, é preciso investir, primeiramente, na capacitação dos profissionais da saúde, tanto em níveis da atenção primária quanto em níveis de maior complexidade, investindo na promoção à saúde, e visando uma melhor qualidade de vida para as portadoras de HIV, bem como proteger o conceito e a criança recém-nascida em potencial situação de risco.

Os profissionais precisam ser capacitados para orientar de forma efetiva as mães sobre as dificuldades que poderão encontrar, apoiando-se em argumentos lógicos e compreensíveis, atuando na valorização da vida como um agente transformador, no sentido de promover a humanização da assistência às puérperas^(11; 12).

3.1.1 Orientações educativas: É dever da equipe e direito da paciente

O Ministério da Saúde preconiza que a equipe de enfermagem deve fornecer à puérpera soropositiva todas as informações indispensáveis para evitar a contaminação vertical, incluindo o uso da terapia com anti-retrovirais, o uso da Zidovudina (AZT) do bebê, a não-amamentação⁽¹³⁾ e todos os cuidados necessários para que ela possa desempenhar essas ações corretamente em casa: *Precisei tomar remédios na gestação pra não passar a doença pro meu bebê. Quando fiz o pré-natal a Enfermeira me ensinou a tomá-los. (P4)*

O uso correto de anti-retrovirais na gestação pode reduzir para zero a 2% a chance de contágio vertical⁽¹³⁾, mas requer seu início na 14ª semana de gravidez⁽⁶⁾, visto que a possibilidade de transmissão do HIV da mãe para o filho na ausência de qualquer procedimento profilático é de 25%⁽¹⁴⁾: *Comecei a tomar os remédios meio tarde, no 6º mês, porque precisava fazer o exame confirmatório, mas sempre tomei no horário certo, só que é chato ter que se lembrar desta obrigação. (P7)*

Torna-se evidente a necessidade do enfermeiro do SAC enfatizar o uso correto da medicação anti-retroviral do bebê, reforçando a importância da adesão ininterrupta e o comprometimento com o horário correto, pois assim a medicação será eficaz.

Parturientes relataram terem sido orientadas pela Enfermeira no SAC sobre o uso do “xaropinho” do bebê: *A Enfermeira me disse que o nenê tem que tomar o xaropinho até a 6ª semana, sem falhar nenhum dia, pois isso vai impedir que ele fique doente. (P1); A Enfermeira me disse que eu tenho que dar o remedinho na hora certa. (P6); Eu tomo meus remédios na mesma hora que ele, assim não me esqueço. A Enfermeira disse que o remédio é*

de 12 em 12 horas, e tem que ser dado na seringa, também já sei a quantidade. (mostra corretamente na seringa) (P7).

Algumas puérperas já foram notificadas com AIDS (doença manifestada) no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), portanto, terão que continuar o tratamento, e cabe aos profissionais reforçarem a continuidade do uso dos anti-retrovirais, a fim de melhorar a qualidade de vida das mães, prevenir as doenças oportunistas, e evitar a orfandade precoce das crianças.

Conforme a diretriz básica da Integralidade do SUS, a paciente necessita ser referenciada dentro do Sistema para níveis de atendimento de maior complexidade⁽¹⁵⁾: *Sei que vou precisar tomar os remédios pra sempre... Porque estou doente. A enfermeira disse pra eu procurar um médico especialista pra fazer meu tratamento. Preciso ficar bem pra cuidar do meu filho. (P6); No Postinho me disseram que eu preciso continuar tomando os remédios. Não gostei, mas fazer o quê? (P3).*

Um plano adequado de cuidados requer a participação de uma equipe interdisciplinar, pensando na qualidade do atendimento e no bem-estar da puérpera, buscando junto às pacientes novas alternativas para que elas enfrentem esta nova realidade⁽¹⁶⁾.

Associada às orientações do uso dos anti-retrovirais, é necessária a ênfase da equipe cuidadora ao processo de não-amamentar, pois a puérpera precisa reconstruir suas crenças e idéias, compreendendo os benefícios que seu filho terá com essa conduta, reflexão essa que deve ser facilitada pela Enfermeira.

O pré-natal é um momento privilegiado para se discutir e esclarecer questões que são únicas para a mulher: *Já sabia no pré-natal que não ia poder dar de mamar, o meu médico é muito bom. Então agora não foi um choque. (P3); O pessoal do posto sempre me preparava, diziam: não te assusta na hora, mas tu não vai poder amamentar o teu filho. (P5)*

Todas as puérperas relataram terem sido informadas no alojamento conjunto a não amamentar.

É preciso lembrar que não basta dar informação, precisamos nos certificar de que o dito foi entendido pela mulher: *A Enfermeira disse tudo que eu tinha que fazer pro bebê não se contaminar: o remedinho, pra não amamentar... Sempre me pedia pra repetir pra ver se eu tinha entendido bem. (P1); Todo mundo que entra no quarto me diz pra eu não dar o peito pro bebê não ficar doente (P11).*

Criar uma relação positiva, acolhedora e empática com as mães faz toda a diferença na aderência aos cuidados preventivos com o recém-nascido e possibilita o esclarecimento de dúvidas sem que elas se sintam discriminadas, mantendo sua privacidade.

O atendimento integral dessas puérperas implica na interação com o profissional que as atende. Acolher a paciente por meio de uma escuta ativa é condição básica para um atendimento de qualidade.

A importância de educá-las está associada à necessidade da mulher lidar melhor com esta situação e fazê-las participar ativamente do seu processo terapêutico.

3.1.2 As lacunas do cuidado

Apesar de ser um direito do paciente, receber todas as orientações necessárias sobre seu estado de saúde e sobre os cuidados que deve ter é um dever da equipe cuidadora, cuja obrigação inclui educar a população quanto aos aspectos relacionados à saúde, porém observamos através das entrevistas que existem espaços abertos nesse processo educativo proporcionado multiprofissionalmente.

Perde-se a oportunidade de orientar essas puérperas em relação a cuidados muito importantes para a sua sobrevivência e a do seu bebê, dificultando a adesão da puérpera ao tratamento correto para evitar a transmissão vertical. Informações indispensáveis são negligenciadas, como vemos neste relato: *Ainda não veio ninguém conversar comigo aqui no quarto, tenho dúvidas, mas não me sinto à vontade de perguntar, porque não dão abertura. (P2); Tudo que sei aprendi lá fora, daqui não levo nada. (P8); Não sei direito como fazer em casa, devem ter uns cuidados diferentes. Daqui a pouco já vou embora, e aí como fica?(P10)*

Apesar de saberem que não poderiam amamentar no peito, a P5 e P6 não sabem a justificativa desse impedimento: *Sei que não posso amamentar, mas o porquê ninguém me disse não; deve ser pra não passar a doença, mas como isso funciona, eu não sei.*

Observar a realidade e conhecer como as pessoas estão percebendo o problema vivenciado, suas crenças, seus valores e suas realidades são requisitos básicos para Educação em Saúde⁽¹⁷⁾.

Também ficaram em aberto dúvidas sobre o uso do AZT líquido para o bebê, profilaxia importantíssima para evitar o desenvolvimento do vírus no RN: *Ele toma um remedinho duas vezes por dia, mas não sei pra que serve. (P2)*

É preciso tomar cuidado para não deixar espaços abertos e nem negligenciar informações, porque a falta de educação em saúde deixa essas mulheres incapacitadas para serem as protagonistas do cuidado com seus filhos.

A falta de conhecimento gera erros, e esses erros podem ser irreversíveis, pois qualquer falha no cuidado pode dar abertura à contaminação. Por exemplo, basta uma

mamada no peito pra o bebê estar potencialmente exposto à infecção e se a mãe não tiver plena consciência dos riscos, as chances para que ocorram erros aumentam significativamente.

3.2 HIV E MATERNIDADE: SENTIMENTOS E VULNERABILIDADES EMERGIDAS

Os sentimentos traduzem a nossa reação perante a vida e os seus acontecimentos, interferindo no modo como a percebemos, e a maneira como nos comportamos frente a qualquer coisa reflete nossa história, desenvolvimento, influências, nosso presente e futuro⁽¹⁸⁾.

3.2.1 Sentimentos

A gestação pode ser um período de fragilidade emocional, com muitas expectativas, fantasias e medos, e quando acompanhada pelo diagnóstico do HIV, isso se potencializa. A realidade vivenciada pelas puérperas suscita vários sentimentos. Os sentimentos expressam o que vivenciamos e nos dizem sobre a qualidade do que experimentamos, se algo é agradável ou doloroso⁽¹⁸⁾.

Em certos momentos, a puérpera se sentiu exposta diante das companheiras de quarto que não compartilham seu diagnóstico. A fala da P6 expressa o seu sentimento frente à insensibilidade do profissional da saúde: *A médica vem aqui no quarto e fica falando em voz alta sobre a minha doença. Não gosto, fico com vergonha, daí eu fico quieta, não falo nada pra ela.*

Em contraposição, a P2 se manifestou veementemente: *Briguei com todo mundo e bati o pé até me deixarem dar a mamadeira.*

“Os sentimentos são a reação mais direta à nossa percepção, são eles que nos dizem quando alguma coisa é dolorosa e machuca, porque os sentimentos são o machucado”⁽¹⁸⁾.

A não-amamentação traz às puérperas portadoras de HIV/AIDS mais uma dificuldade entre as outras que já enfrentam. A ausência da amamentação se transforma em tristeza, sentimento expresso pela P11: *Fico triste em não poder amamentar, dei o peito para o outro filho, mas agora eu não posso mais.*

Os sentimentos negativos consomem energia, trazem sensação de vazio e solidão e interferem no prazer⁽¹⁸⁾.

Outro sentimento manifestado por elas foi o de insegurança, causado pela falta de conhecimento; que no caso das puérperas pode ter sido gerado pelo “turbilhão de emoções” e

sentimentos em que se encontram, tornando difícil a captação de informações ou pela legítima falta das mesmas: *Não me sinto segura para cuidar do bebê, faltou me ensinarem muita coisa aqui. (P8, que ficou sabendo há um dia que é portadora de HIV)*

Mas também há relatos de puérperas que se sentem acolhidas pela equipe e confiantes nos cuidados recebidos: *Fiquei feliz quando a Enfermeira me falou que eu ia ganhar o leite para ele, não ia ter condições de comprar, estava preocupada com isso. (P1); Me sinto tranqüila, o pessoal daqui me ensinou como cuidar do meu bebê. (P3); Já sabia no pré-natal que não ia poder amamentar então eu estou tranqüila. (P9)*

Os sentimentos positivos ampliam nosso senso de força e bem-estar, trazendo prazer, sensação de esperança, plenitude e vida⁽¹⁸⁾.

A dificuldade de acreditar no seu diagnóstico, por não ter sinais físicos da doença, não tira a satisfação de estar grávida: *Fiquei feliz quando fiz o exame de gravidez e deu positivo. Queria muito ter um filho. (P6)*

3.2.2 Situações de Vulnerabilidade

As mulheres, por questões históricas, estão mais vulneráveis ao risco de infecção, adoecimento e morte pelo HIV/AIDS. No contexto da pobreza, mulheres encontram no seu parceiro um meio de sobrevivência econômica e segurança social, submetendo-se a relações sexuais desprotegidas e subordinando-se assim aos desejos do companheiro. Se não houver uma mudança das relações desiguais de poder dos gêneros na sociedade, as mulheres continuarão sendo alvo da sua própria insegurança⁽¹⁹⁾.

A maioria das mulheres participantes do estudo não tinham emprego formal, condições que as expõe a situações de vulnerabilidade cultural e social: *Descobri há um ano que tinha AIDS, fiz exame porque queria engravidar. Fui infectada por um caso fora do casamento que meu marido teve. Não posso me separar porque dependo do dinheiro dele para criar meus filhos, eu não tenho emprego. (P9); O pai do meu bebê tem 43 anos. (P6, 14 anos de idade).*

3.3 A NECESSIDADE DE SUPRESSÃO DO LEITE MATERNO

Existem maneiras de evitar a produção de leite, causando menos dor e desconforto à mulher. Consistem em medidas não-hormonais e medidas farmacológicas (inibidores). O

método do enfaixamento (não-hormonal) é o mais usado e consiste em comprimir confortavelmente as mamas⁽²⁰⁾.

O enfaixamento é um procedimento adotado como rotina pelos serviços de saúde, conforme recomendação preconizada pelo Ministério da Saúde e deve sempre estar baseado no Consentimento Livre e Esclarecido das puérperas⁽²¹⁾.

3.3.1 Compreendendo a necessidade do enfaixamento das mamas

No momento do enfaixamento, a enfermeira tem a oportunidade de não só esclarecer a justificativa do seu uso, mas também é um momento de avaliar as mamas e de orientar sobre os cuidados que devem ser seguidos em casa. Dessa forma a equipe de saúde estará estreitando os vínculos com a puérpera e também facilitando a adesão ao uso das faixas.

P1, P4 e P6 receberam no SAC as informações corretas sobre a razão do enfaixamento, ou seja, sabem que através da compressão das mamas com atadura, sem apertar e imediatamente após o parto, evitam a produção de leite⁽⁶⁾: *Sei que as mamas têm que ficar enfaixadas para que não tenha mais leite; A Enfermeira me explicou que eu preciso usar a faixa para não sair leite; A faixa serve pra não produzir o leite, pra não ficar escorrendo.*

Também informada corretamente, porém no pré-natal: *O médico do Posto já tinha me explicado por que iam enfaixar as minhas mamas aqui na maternidade, é para não criar leite. (P11)*

3.3.2 Imposição silenciosa da faixa compressora das mamas

A rotinização dos serviços no SAC pode gerar a insensibilidade e automatização do procedimento de enfaixar as mamas das puérperas.

Esse ato já está tão intrínseco nas normas e na rotina do SAC, que o fato de explicar o processo pode passar despercebido pela equipe de enfermagem, gerando assim uma ação imposta, em vez de uma ação dialogada: *Ainda não fui orientada sobre os cuidados com os meus seios, apenas enfaixaram sem dizer nada pra mim. (P8, com 22 horas de permanência no SAC)*

Não basta apenas suprimir o leite materno. É a orientação que fará a diferença na adesão das mulheres à faixa no SAC e após a alta, em casa.

Uma vez que a puérpera entenda a razão do enfaixamento, a possibilidade dela retirar a faixa e oferecer o seio ao seu filho diminui significativamente, pois ela saberá que é um ato de responsabilidade materna.

A privação das orientações específicas com as mamas é causada pela dicotomia do cuidado, ou seja, o que deveria ser regra também tem exceções, pois alguns profissionais orientam corretamente, enquanto outros sequer dialogam com a mulher, impedindo, assim, a criação de vínculos e o esclarecimento de dúvidas sobre as mamas.

A identidade da mulher se abala sob o signo da AIDS e não amamentar se torna um dos fatos concretos de estar doente. Além disso, os procedimentos para inibição da lactação, tão penosos, enfatizam para as mulheres/mães o dilema da não-amamentação. A inibição com o enfaixamento traz para a mulher a confirmação de que não poderá amamentar como se fosse uma camisa de força⁽²⁰⁾.

A experiência de ter suas mamas enfaixadas e contidas, elas que deveriam nutrir o recém-nascido, desencadeia diversos sentimentos na mulher, a equipe de enfermagem precisa demonstrar solidariedade frente a essas adversidades, humanizando esse ato, que, muitas vezes, é considerado por elas punitivo e desconfortável.

3.4 ALEITAMENTO ARTIFICIAL COMO “SUBSTITUTO” DO ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação é um momento de grande importância para o binômio mãe/bebê quanto às suas propriedades nutritivas e na construção da relação afetiva, cultivando, assim, a troca de carinho, de intimidade e amor.

Contudo, a mãe soropositiva é impedida de amamentar no seio, já que o risco de contaminação através do aleitamento materno é de 14%^(22; 23), ou seja, nessa situação a melhor forma dela nutrir o bebê é oferecendo leite artificial, e cabe à equipe incentivar a puérpera quanto aos benefícios dessa alimentação e estimular o vínculo mãe-bebê enquanto a mulher oferece a mamadeira.

Pela alimentação por mamadeira pode-se dar à criança algo mais que uma dieta adequada, pode-se dar-lhe um meio ambiente emocional seguro e amoroso, em cujas circunstâncias ela possa desenvolver-se como criatura completa. “A amamentação sozinha não dá conta de tudo isso. É o envolvimento total da mãe com o seu filho que torna a amamentação significativa.”⁽²⁴⁾

Segundo o Ministério da Saúde⁽²⁵⁾, a indicação é de que a mulher HIV+ não amamente seus filhos, nem doe leite; sendo também contra-indicado o aleitamento cruzado (aleitamento por outra mulher), por isso disponibiliza a fórmula infantil durante os seis primeiros meses de vida de crianças expostas.

3.4.1 Fontes de orientação

É preconizado pelo Ministério da Saúde⁽²⁵⁾ que a primeira consulta de pré-natal ocorra até os 120 dias de gestação, a fim de tentar reverter a tempo alguma situação de risco, e que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas até o nascimento. Espera-se que nesse período sejam fornecidas as informações necessárias para que a mãe possa cuidar corretamente do bebê: *Aprendi com o médico do Posto que eu preciso dar o leite em pó, porque ele também é muito bom, igual ao do peito e faz bem pro nenê. (P3)*

A mídia e a sociedade ainda “cobram” como indispensável a amamentação no seio. Isso faz com que, para algumas dessas mulheres, o ato de não amamentar torne-se uma decisão difícil⁽²⁶⁾: *Ah, todo mundo acha que o leite de peito é melhor, aparecem aquelas moças bonitas na TV dando o peito e eu não posso, as pessoas acham que o leite em pó é ruim, ficam falando mal mesmo, daí eu fico pensando... se ele fosse bom teria bastante propaganda também. Não aparece nenhuma mãe com a doença nas campanhas, como se seus filhos fossem menos cuidados. (P10)*

Acompanhamos diariamente as diversas campanhas promovendo o aleitamento materno, até mesmo em cartazes dentro do SAC. Indiretamente excluem uma pequena parte da população de mães, impedidas desse ato no intuito de evitar a contaminação dos seus filhos. Essas campanhas fazem com que a sociedade acredite que esta é a única forma de nutrir saudavelmente um bebê, “discriminando e recriminando” aquelas que, por um ato de amor e proteção, não amamentam.

Além do pré-natal e do SAC, existem também outras maneiras de a mulher obter respostas sobre as dúvidas com o leite artificial, seja através de vivências anteriores ou por meios de comunicação: *Antes de o bebê nascer eu já lia bastante coisa na internet, sou bem interessada. Não dá tempo de perguntar tudo na consulta, é muito rápida, daí eu me viro sozinha; sei que o leite em pó é bom. (P7); Já sei como funciona o leite em pó, já tenho outro filho com esse problema. (P4)*

É importante que a puérpera, durante sua permanência na maternidade receba suporte por parte da equipe de saúde para não amamentar sem se sentir discriminada⁽²⁷⁾.

A falta de diálogo com a equipe de enfermagem e com outros profissionais da equipe de saúde, ou a busca tardia pelo esclarecimento do leite artificial pode causar na mãe dúvidas a respeito da qualidade da fórmula infantil, fazendo com que elas questionem o ato de não dar o peito: *Não sei nada sobre esse leite em pó, será que é bom mesmo? Ainda acho que o meu leite é melhor, mais forte, ainda não me convenceram.* (P2)

Na concreção do momento de aleitar seu filho recém-nascido, surgiram nessa mãe as dúvidas sobre as vantagens do leite artificial devido à insuficiência de orientações sobre como alimentar seu filho de maneira segura, consciente e sem riscos de contaminação.

Mesmo que seja preconizado pelo Ministério da Saúde que a mulher tenha acesso a todas as informações sobre a substituição do leite materno pelo leite artificial⁽⁶⁾, percebeu-se, através desta pesquisa, que apenas uma puérpera das nove que realizaram pré-natal recebeu tal esclarecimento, portanto, cabe ao SAC a responsabilidade de informar as mães sobre a maneira correta de alimentarem seus filhos, através do leite artificial e da mamadeira, tornando-as capazes de realizar esse cuidado sozinhas: *Aqui na maternidade a moça que está vestida de calça branca e colete azul disse que eu ia receber o leite em pó de graça porque o meu leite não vai ser bom pra ele.* (P5); *Já sei que quando sair daqui tenho que ir ao Postinho pegar o leite até o bebê fazer seis meses... quem me disse foi a enfermeira.*(P6)

Mas os esclarecimentos sobre o aleitamento artificial e a maneira de obtê-lo nem sempre acontecem, nem no pré-natal, nem no SAC, favorecendo, assim, as chances de ocorrer a contaminação pelo HIV, e para a mãe que não tem conhecimento sobre seus direitos, o compromisso de ter que adquirir o leite torna-se mais um problema: *Ainda não me falaram como vou dar comida em casa pra ele, aqui eu ganho leite, mas depois? O leite em pó custa muito caro, não tenho dinheiro pra comprar.* (P8)

3.4.2 Leite artificial e mamadeira: o Binômio que nutre

O Projeto Nascer, criado em 2002 pelo Ministério da Saúde, disponibiliza a fórmula infantil, gratuitamente, para todos os filhos de mães soropositivas, até o sexto mês de idade, visando a promoção do seu adequado desenvolvimento⁽²⁸⁾.

Cabe à equipe de enfermagem a inclusão do recém-nascido neste projeto, antes da alta hospitalar. Esse direito, de a mãe receber o leite artificial, é proporcionado pelo encaminhamento da solicitação emitida pela maternidade para a retirada na UBS da área de abrangência do seu domicílio.

Em contraposição, o Hospital Amigo da Criança, criado em 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), combate o uso da mamadeira em hospitais quando, por alguma situação, a mãe está impedida de amamentar, incentivando o uso do copinho, com o intuito de não atrapalhar o sucesso do aleitamento materno e a sugação no peito⁽²⁹⁾, não levando em consideração que as mães soropositivas nunca poderão oferecer o seio e que nessa situação o uso da mamadeira é único e fundamental.

Nos hospitais adeptos a essa decisão, a norma é que todos os recém-nascidos impossibilitados temporariamente de mamar tomem leite em copinho para não rejeitarem posteriormente o peito materno. Ocorre que no caso dessas mães HIV+ o peito não poderá ser oferecido em momento algum: *Ninguém me explicou por que tenho que dar leite no copinho, ela não gosta e fica chorando, e também é mais difícil de dar que a mamadeira. (P8); A técnica me disse que eu tenho que dar no copinho pra não incentivar o uso da mamadeira, porque é proibido no hospital. (P1)*

A mamadeira, via de administração do leite e por isso tão importante nesse caso, necessita de cuidados especiais que devem ser orientados pelos profissionais da saúde, orientação essa que uma mãe recebeu: *A técnica me ensinou a limpar direitinho a mamadeira, e que o nenê deve ficar sentado pra não engolir ar. (P11)*

Mas esse ensinamento não foi compartilhado por outras puérperas que relatam deter conhecimentos sobre a mamadeira por já terem experiências com outros filhos: *Sei como dar a mamadeira porque tenho mais seis filhos, aqui não me disseram nada. (P4); Não tem problema, é fácil dar, já criei outros filhos muito bem, sei me virar sozinha. (P8)*

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o aumento da infecção pelo vírus do HIV em mulheres na idade fértil, conseqüentemente ocorre um maior número de gestantes infectadas e bebês expostos a este risco.

Ações profiláticas estão sendo colocadas em prática a fim de diminuir a transmissão vertical, mas para isso é fundamental que a equipe de enfermagem esteja preparada para educar corretamente as mães soropositivas a fim de evitar o contágio do bebê com o vírus.

O fato de a mulher ter realizado o pré-natal influencia na sua vivência em alojamento conjunto, pois se a mãe já tiver consciência do seu diagnóstico e das adversidades que irá

encontrar no parto e puerpério, o enfrentamento da situação torna-se mais aceitável e tranquilo, principalmente sabendo dos benefícios que a não-amamentação traz a seu filho.

Já em mulheres que por motivos diversos não realizaram o acompanhamento de pré-natal esse binômio HIV e não-amamentação revelou-se assustador e desencadeou diversos sentimentos e incertezas, gerando dúvidas em relação às orientações da equipe de enfermagem e enfraquecendo a confiança quanto aos cuidados que lhe foram ensinados.

Coincidentemente, as puérperas que não realizaram o pré-natal foram as que ficaram sabendo do diagnóstico de HIV no momento do parto, e também as que referiram insatisfação quanto à assistência recebida no SAC. Diante disso, percebemos que a maneira como a mãe lida com estas situações adversas é influenciada pelo acompanhamento e orientações recebidas no serviço que freqüentou antes do parto.

Entendemos que no SAC o tempo para a criação de vínculo é, muitas vezes, restrito, fator limitante para que a mulher se sinta acolhida e tenha liberdade para esclarecer dúvidas, pois é através da empatia entre paciente e profissional que a puérpera se sente segura e encorajada a discutir sobre suas vivências e sentimentos. Recomenda-se que a equipe interdisciplinar discuta e reflita conjuntamente no SAC estratégias de educação para saúde, cuidado e acompanhamento de puérperas soropositivas para o HIV.

Para isso, é essencial uma equipe profissional, com ênfase na de enfermagem, solidária, capacitada e com responsabilidade para agir como educadores para a saúde, pois, além de reforçar as orientações recebidas pelas mulheres no pré-natal, ainda precisam educar de forma integral as que não tiveram acesso a ele; com a responsabilidade de não deixar lacunas na atenção que precisam, já que algumas delas têm apenas os profissionais do SAC como fonte de conhecimento dos cuidados preventivos à transmissão vertical do HIV.

A importância de educar as mães portadoras de HIV/AIDS está associada à necessidade de elas lidarem melhor com esta situação de risco e participarem ativamente do seu processo terapêutico.

Evidenciou-se que o acolhimento prestado pela enfermagem influencia a maneira como as puérperas aderem aos cuidados e interfere no modo como elas vivenciam o binômio HIV e puerpério no SAC.

As mulheres devem estar preparadas para agirem como protagonistas no cuidado com os seus bebês, para que eles não adoeçam pelo HIV, abrindo, assim, a possibilidade de um mundo sem AIDS para essas crianças.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). **O que é HIV e AIDS**. [citado 22 dez 2007]. Disponível em URL: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS232EC481PTBRIE.htm>
2. Spindola T, Banic M. **Ser mãe portadora do HIV: análise abrangente**. Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem 1998; 2(1/2): 101-10.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Guia de condutas terapêuticas para redução da transmissão vertical do HIV**. Brasília (DF); 1996.
4. Ministério da Saúde (BR). **O que é Transmissão vertical?** [citado 11 set 2007]. Disponível em URL: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS4A27BE0APTBRIE.htm>
5. Ministério da Saúde (BR). **Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069**. Brasília (DF); 1990. [citado 17 out 2007]. Disponível em URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Recomendação para Profilaxia da Transmissão Materno-Infantil do HIV e Terapia Anti-Retroviral**. Brasília (DF); 2001.
7. Miranda AA, Richter D, Fonseca GK, Rodrigues JAM, Brendler KM, Pauli LTS, Mendes SR et al. **Aids e Direitos Fundamentais: estratégias jurídicas de efetivação dos DIREITOS FUNDAMENTAIS de pessoas que (com)vivem com o HIV**. 1ª edição. Porto Alegre (RS): GAP/RS, 2005.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF); 1997.
9. Bardin L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: edições 70; 1977.
10. Freire P; **Pedagogia do Oprimido**. 39ª edição. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2004.
11. Padoin SM, Souza IEO. **Alimentação Infantil em Tempos de AIDS: controvérsias?** Revista Brasileira de Enfermeiros Pediatras; 2005: 35-9.

12. Vinhas DCS, Rezende LPR. **Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas**. Revista de Enfermagem. Goiás; 2004:16-24.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância e Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-Retroviral em gestantes**. Brasília (DF); 2004.
14. Ministério da Saúde (BR). **Diagnóstico do HIV e da Sífilis nas Maternidades é Ampliado**. Brasília (DF); 2002.
15. Ministério da Saúde (BR). **Lei 8080**; 1990 [citado 20 out 2007]. Disponível em URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>
16. Preusster GMI, Eidt OR. **Vivenciando as adversidades do binômio gestação e HIV/AIDS**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre 2007: 117-25.
17. Serrano GMI. **La educación para la salud del siglo XXI: comunicación e salud**. Segovia: Asociación de Educación para la salud; 1998.
18. Viscott DS. **A Linguagem dos Sentimentos**. Summus. São Paulo (SP); 1982.
19. Parker R. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA; 2002.
20. Moreno CCGS, Rea MF, Filipe EV. **Mães HIV positivo e a não-amamentação**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife; Jun 2006 [citado 14 mai 2008]; 6 (2): 199-208. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000020007&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S1519-38292006000020007.
21. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministério. **Portaria nº 2.104**; 2002.
22. Novak FR. **Dê ao bebê o melhor alimento**. Revista Crescer-guia especial. São Paulo (SP): Globo; 2000, 23 p.
23. Fonseca EMAM. **Manejo e Promoção do Aleitamento Materno**. Goiânia: 1998, 18 p.
24. Montagu A. **Tocar: o significado humano da pele**. Summus (SP), 1988, 3º edição.

25. Ministério da Saúde (BR). **Pré-Natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada.** Manual Técnico; 2005.

26. Barbosa RHS. **Mulheres, Reprodução e AIDS: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+** [tese de Doutorado em Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001. 314 f.

27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília (DF); 2001, 199 p.

28. Rio Grande do Sul (BR). **Norma Administrativa para Logística de Distribuição dos Insumos para Profilaxia da Transmissão Materno Infantil do HIV e da Fórmula Láctea Infantil.** Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico (COAS). Porto Alegre; 2008.

29. Ministério da Saúde (BR). Hospital Amigo da Criança. **Normas de Implantação.** INAM. Brasília (DF); 1993.