

Problemas com a mama puerperal revelados por mães soropositivas*

PROBLEMS WITH THE PUERPERAL BREAST REVEALED BY HIV-INFECTED MOTHERS

PROBLEMAS PUERPERALES EN LAS MAMAS DE MADRES SEROPOSITIVAS

Márcia Maria Tavares Machado¹, Meyssa Quezado Cavalcante Braga², Marli Teresinha Gimenez Galvão³

RESUMO

Em virtude da recomendação de não amamentar, a mulher soropositiva para o HIV poderá enfrentar problemas mamários. Objetivou-se conhecer situações vivenciadas e reveladas por mulheres HIV positivas, diante da não-amamentação. Estudo qualitativo, com 15 mulheres com HIV/Aids, realizado em ambulatório de um hospital referência em Fortaleza, Ceará. Entrevistas gravadas tiveram seus conteúdos transcritos e analisados. As mães revelaram problemas com as mamas após o parto, como o ingurgitamento e dores neste local. Informaram ter recebido orientação no pré-natal para não amamentar, mas não houve continuidade do cuidado no pós-parto. Foi reduzido o uso de inibidores da lactação e enfaixamento das mamas. Para orientar as puérperas soropositivas, os profissionais de saúde devem adotar medidas adequadas. Também os serviços de saúde necessitam ampliar estratégias para minimizar os problemas emocionais decorrentes da não-amamentação, bem como do desconforto na mama puerperal.

DESCRITORES

HIV.
Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.
Aleitamento materno.
Garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

ABSTRACT

Given the recommendation not to breast-feed their infants, HIV-positive women may experience breast problems. The aim of the study was to gain knowledge regarding breast health as revealed by HIV+ women before the non-breast-feeding. This qualitative study was performed with 15 mothers with HIV/ AIDS in Fortaleza, Brazil. Recorded interviews were transcribed and analyzed. The mothers revealed problems with their breasts following childbirth, such as engorgement and pain in the breasts. They revealed that they received instruction in the course of prenatal care not to breastfeed; however, there was no further instruction or care in the postpartum period. The use of lactation inhibitors and bandaging (binding) of the breast were reduced. Health professionals should adopt appropriate measures to guide HIV-positive parturient women. Health services need to broaden strategies to minimize the current emotional problems resulting from non-breast-feeding, as well as the discomfort in the puerperal breast.

KEY WORDS

HIV.
Acquired Immunodeficiency Syndrome.
Breast feeding.
Quality assurance, health care

RESUMEN

En virtud de la recomendación de no amamentar, la mujer seropositiva al HIV podrá sufrir problemas mamarios. Se planteó el objetivo de conocer situaciones vivenciadas y referidas por mujeres HIV positivas frente al hecho de no poder amamentar. El estudio fue de carácter cualitativo, con quince mujeres con HIV/AIDS, realizado en el Ambulatorio de un hospital referencial en Fortaleza, Ceará, Brasil. Las entrevistas fueron grabadas, y sus contenidos, transcritos y analizados. Las madres refirieron problemas con las mamas después del parto, como ingurgitación y dolores en la zona. Informaron haber recibido orientación en la etapa prenatal para no amamentar, más no hubo continuidad del cuidado en la etapa posparto. El uso de inhibidores de la lactación y el fajado de las mamas fue escaso. Para orientar a las puérperas seropositivas, los profesionales de la salud deben adoptar medidas adecuadas. De igual modo, los servicios de salud necesitan ampliar estrategias para minimizar los problemas emocionales derivados del no amamentar, así como para la incomodidad de la mama puerperal.

DESCRIPTORES

VIH.
Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.
Lactancia materna.
Garantía de la calidad de los cuidados de salud.

* Extraído da pesquisa "Práticas alimentares de crianças de zero a dois anos filhos de mães soropositivas para o HIV", 2008. ¹ Enfermeira. Doutora em Saúde Comunitária. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. marciamachado@ufc.br ² Enfermeira do Hospital Infantil Albert Sabin. Fortaleza, CE, Brasil. meysaquezado@hotmail.com ³ Enfermeira. Doutora em Doenças Tropicais. Professora Adjunta do Departamento e do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do CNPq. Fortaleza, CE, Brasil. marligalvao@gmail.com

INTRODUÇÃO

A epidemia de Aids no Brasil aponta para um crescimento acelerado entre mulheres. Esse fenômeno é descrito como *feminização* da epidemia. Dado atual reitera essa afirmação, pois a razão entre homens e mulheres que era de 30/1, no início dos anos de 1990, em 2007 passou para 1,4/1, evidenciando crescimento e o nível de 1 caso de homem para cada mulher⁽¹⁾.

Mesmo ante a terapia anti-retroviral gratuita no Brasil e a realização de testes para detecção do vírus no pré-natal, como medida para impedir a transmissão da mãe infectada para o filho, nota-se aumento de casos em indivíduos menores de 13 anos de idade. Destes, 86% foram transmitidos pela exposição vertical durante a gestação, no momento do parto ou da amamentação⁽²⁾.

A transmissão vertical (TV) pode ocorrer tanto na gestação, como no trabalho de parto e aleitamento materno. Se não houver qualquer intervenção no período gestacional a taxa de transmissão pode atingir 14 a 25%. Conforme relatam determinados estudos, com o uso da Zidovudina® (AZT) há uma redução de 67,5% na transmissão do HIV durante a gestação, parto ou aleitamento materno. A cada ano, cerca de 700.000 bebês são infectados no mundo e, destas infecções mais da metade ocorrem por meio da amamentação⁽³⁾.

No Brasil, recomenda-se que a mãe infectada pelo HIV substitua a amamentação natural por leite artificial, como uma estratégia para prevenção do HIV. Segundo apontam estatísticas, a exclusão da amamentação natural em mulheres infectadas reduz em até 20% as chances da contaminação por essa via, no pós-parto. Para isso, ao longo da sua gestação a mulher portadora de HIV deverá ser acompanhada e receber orientações sobre a patologia, sobre as possíveis alterações e sobre o risco de repercussão do vírus na sua saúde e no seu bebê. Assim, a mulher deverá receber cuidado especializado no período gestacional, no parto e no puerpério, e ser orientada quanto ao uso precoce de medidas profiláticas ao recém-nascido, logo após o parto, para minimizar a transmissão vertical do HIV⁽⁴⁾.

Diante do risco de transmissão do vírus pelo leite materno, uma opção segura para as mães oferecerem seu próprio leite aos filhos é a pasteurização do leite. Essa técnica consiste no aquecimento a 62,5°C pelo período de trinta minutos^(2,4). Entretanto, essa opção não tem sido adotada e nem ofertada amplamente no Brasil.

Ante a impossibilidade de amamentar, a mulher soropositiva para o HIV poderá enfrentar diferentes problemas, principalmente de ordem física, econômica e psicológica. Como consta na literatura, para as mães soropositivas o motivo da não amamentação acarreta culpa, frustrações, sofrimentos, impotência e desejos desfeitos⁽⁵⁾. Além des-

sas situações, muitas delas enfrentam dificuldades financeiras, que podem retardar e dificultar o acompanhamento do pré-natal de forma adequada⁽⁶⁾, e ainda associado a todos esses fatos as mulheres vivenciam o medo, a vergonha, o estigma, o preconceito e o isolamento em decorrência da doença⁽⁷⁾.

Ademais, após o parto, quando não são orientadas corretamente, as mulheres infectadas pelo HIV podem ter problemas mamários, como: ingurgitamento mamário, mastite, abscesso mamário, bloqueio dos ductos lactíferos e galactocele⁽⁸⁾.

De acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde, os serviços de saúde devem, logo após o parto, oferecer inibidor da lactação e a mulher deve enfaixar as mamas como medida profilática e preventiva, diante da recomendação para o não aleitamento natural⁽²⁾. Deve-se, também, propiciar suporte emocional, pois essa mulher será privada do seu direito de amamentar e de realizar um ato que envolve interação complexa entre ela e o filho⁽⁸⁻⁹⁾. A mulher deve ser orientada sobre a importância do seu acompanhamento clínico e ginecológico, assim como do acompanhamento da criança até a definição da sua situação sorológica. Ao mesmo tempo, é preciso reforçar a adesão do recém-nascido ao tratamento com AZT⁽²⁾.

Diante do risco de transmissão do vírus pelo leite materno, uma opção segura para as mães oferecerem seu próprio leite aos filhos é a pasteurização do leite.

Diante do exposto e em decorrência da experiência assistencial prestada a esse grupo de mulheres, surgiram algumas inquietações, a saber: *Como as mães soropositivas estão sendo orientadas sobre a alimentação dos seus filhos, nos primeiros dias de vida, pelos serviços de saúde? Ocorrem problemas mamários no puerpério de portadoras do HIV? As recomendações do Ministério da Saúde para redução da TV, em face da exclusão da amamentação, são seguidas?*

Mediante estas reflexões e ante a pouca produção sobre essa temática, os resultados deste estudo possibilitarão aos serviços de saúde uma avaliação sobre as estratégias que vêm sendo adotadas no cuidado às gestantes e puérperas soropositivas, tendo como propósito a adoção de medidas preventivas e tratamento precoce do desconforto físico e emocional dessas mulheres.

OBJETIVO

Conhecer situações reveladas por mulheres HIV positivas vivenciadas durante o pré-natal e pós-natal decorrentes da orientação da exclusão à amamentação natural.

MÉTODO

Pesquisa descritiva e exploratória, utilizando a abordagem qualitativa. Este tipo de estudo descreve os fatos e fenômenos aprofundados de determinada realidade⁽¹⁰⁾.

Como sujeitos do estudo contou-se com 15 mulheres infectadas pelo HIV, cujo critério para escolha foi ter filhos menores de dois anos nascidos na vigência do diagnóstico da infecção pelo HIV e aceitar participar do estudo. O número de participantes ocorreu mediante a saturação das informações, ou seja, a repetição dos dados, além de responder às inquietações e aos objetivos do estudo.

Teve-se como cenário o ambulatório do Hospital São José de Doenças Infecciosas, referência para HIV/Aids do Estado do Ceará, na cidade de Fortaleza, no período de março a junho de 2005.

Realizadas em ambiente privado, as entrevistas seguiram roteiro semi-estruturado e tiveram como foco de atenção as situações relacionadas à *não amamentação* e as estratégias adotadas para a prevenção e tratamento dos problemas com a mama, no período puerperal. Também se tentou desvelar o conhecimento das mulheres no referente às recomendações sobre a exclusão da amamentação natural diante da infecção pelo HIV.

Quanto à coleta de dados, foi mediada por entrevista gravada baseada na seguinte questão norteadora: *O que lhe orientaram sobre a amamentação e os cuidados com a sua mama, após o nascimento do bebê?*

Para analisar o conjunto das falas das participantes, adotou-se o referencial metodológico⁽¹¹⁾, composto de três fases: a) Pré-análise, isto é, a organização e sistematização das idéias; b) Exploração do material, correspondente a transformação sistemática dos dados brutos do texto, por recorte, agregação e enumeração, com vistas a atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão e, consequentemente, a compreensão do texto; e c) Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Foram interpretados os depoimentos e categorizados por inferência de conteúdos semelhantes. Delas emergiram três categorias temáticas: 1. Amamentar ou não: o que os serviços de saúde orientaram às mães; 2. Estratégias de prevenção e tratamento dos problemas mamários em mulheres soropositivas; 3. O sofrimento por não amamentar e ter as mamas ingurgitadas.

Em cumprimento às normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital, sob o protocolo nº 38/2005. Todas as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram elucidadas sobre ponderação entre riscos e benefícios e ainda sobre a relevância social da pesquisa. Para manter o anonimato das participantes utilizou-se a nomenclatura *M*, seguida pelo número da entrevista (1 a 15), para nomear cada entrevistada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir descreve-se uma breve informação sobre as participantes para proporcionar melhor compreensão sobre os diferentes aspectos expostos no decorrer da pesquisa.

Das 15 mulheres com infecção pelo HIV que participaram do estudo, três tinham, na ocasião, dois filhos menores de 24 meses. Ao serem convidadas para a entrevista individual, nenhuma delas recusou a fazê-las. Quanto às características das mães entrevistadas, estão descritas a seguir:

A média de idade foi de 29,1 anos; nenhuma entrevistada havia concluído ensino superior; dez tinham ensino fundamental incompleto e as demais, ensino fundamental completo e médio incompleto. Doze mulheres informaram ter relacionamento estável e duas eram solteiras. Uma informou que seu parceiro havia falecido recentemente em decorrência da Aids. A renda *per capita* variou de R\$ 52,00 a R\$ 420,00 (média= R\$ 86,60). Uma das entrevistadas não tinha renda mensal fixa, mas, no momento, recebia doações espontâneas de familiares.

Durante as entrevistas, as participantes relataram como foram ou não orientadas nos serviços de saúde sobre a amamentação, bem como sobre os cuidados realizados para a prevenção e tratamento dos problemas de mama no puerpério. Pode-se perceber segundo os depoimentos, diversos problemas decorrentes da inadequada estrutura e organização dos serviços de saúde, que, provavelmente, não cumprem as determinações do Programa Nacional de DST/Aids, do Ministério da Saúde, para atenção a essa população.

Passa-se, a seguir, às categorias apreendidas a partir das falas das mulheres entrevistadas:

Amamentar ou não: o que os serviços de saúde orientaram às mães

A prática da amamentação por mães soropositivas para o HIV é contra-indicada pelo Programa Nacional de DST/Aids do Brasil e por organismos internacionais, por considerar os riscos adicionais de contaminação pelo recém-nascido, logo após o parto, em torno de 5 a 25%, através do leite materno^(1,12-14). De acordo com o recomendado as mulheres devem ser orientadas desde a concepção sobre os riscos de contaminação pelo leite materno, durante o aconselhamento para o HIV, realizado nos serviços de saúde.

Conforme relato da maioria das mães entrevistadas nesse estudo, elas receberam orientações para evitar a amamentação natural após o parto, durante as consultas de pré-natal, especialmente aquelas que conheciam o diagnóstico prévio da soropositividade. Outras, no entanto, somente foram orientadas após o nascimento do bebê. Os depoimentos retratam essa situação:

No pré-natal a doutora já disse... que não podia amamentar (M1);

Recebi (orientação), que ao nascer ele não poderia mamar, ter contato nenhum com o peito, só poderia se alimentar de leite enlatado (M14).

Uma mãe relatou não ter recebido orientação sobre os riscos de amamentar o filho após o parto. Recordava, apenas, ter sido informada em relação ao tipo de parto pelo qual deveria optar para ter o filho, como mostra a fala:

...e eu não sabia... por que não me explicaram essa parte de amamentação, eu pensava que a única coisa que eu não poderia era ter um filho normal, só isso. Eu pensava é que tinha que ser cesárea, mas não sabia que não podia amamentar não (M3).

Segundo aponta determinado estudo, muitas mulheres chegam à maternidade sem haver freqüentado o pré-natal. Nesse período, a cobertura de testagem do HIV está abaixo de 40%. Desse modo, para a maioria das mulheres com HIV, a única oportunidade de acesso ao aconselhamento, ao teste para a pesquisa do HIV, à orientação sobre amamentação e ao tratamento quimioprolático da transmissão vertical é na hora do parto e puerpério⁽⁹⁾.

No início de 2005, o Estudo Colaborativo Europeu divulgou dados indicando que a cesárea pode reduzir a TV do HIV-1, mesmo em pacientes com cargas virais inferiores a 1.000 cópias/mL. Consoante sua proposta, a cesárea poderia ser indicada para estas mulheres independentemente da carga viral. Tal medida, contudo, não foi aceita universalmente. Por sua vez, a conduta de indicar cesárea eletiva apenas para mulheres com carga viral superior a 1.000 cópias/mL foi ratificada em novembro de 2005 pela *Task Force Health Service of US Department of Health and Human Services*⁽¹³⁾ e pelo Programa Nacional de DST/Aids do Brasil. Como se observa, a decisão sobre a via de parto para gestantes portadoras do HIV-1 não está definitivamente resolvida. Em observância, porém, às orientações que agregam maior número de opiniões, ela deve começar no pré-natal (carga viral), mas a decisão final é tomada somente com 38 semanas de gravidez, devendo considerar se a gestante apresenta corioamniorrexe e o estágio do trabalho de parto no qual a paciente chega à unidade obstétrica⁽¹⁵⁾.

Ante a possibilidade de reduzir a transmissão materno-infantil ainda durante o puerpério, o Ministério da Saúde recomenda informar às puérperas infectadas pelo HIV sobre os riscos da transmissão via amamentação e orientá-las a obter e preparar a fórmula infantil e outros alimentos. Ainda durante o pré-natal devem ser esclarecidas para os cuidados preventivos com a mama puerperal⁽⁴⁾.

Pelo observado nos depoimentos, as mulheres infectadas não foram informadas adequadamente sobre a exclusão da amamentação diante do HIV. Situações de dificuldades de acompanhamento apropriado às mulheres com HIV foram demonstradas em estudo realizado no Ceará⁽⁹⁾.

Conforme se descreve, o acesso às ações de aconselhamento é um direito de toda gestante, parturiente e puérpera. Conseqüentemente é um dever do profissional de saúde facilitá-lo, e dos gestores possibilitarem as necessárias condições para integrá-lo à rotina do serviço. Esta ação pode ser alcançada com capacitação e adequação de recurso humano⁽⁹⁾.

Estratégias de prevenção e tratamento dos problemas mamários em mulheres soropositivas

Após o nascimento da criança ocorre no sangue circulante da mulher um aumento da concentração dos hormô-

nios ocitocina e prolactina, responsáveis pela descida e produção do leite na glândula mamária. Quando não há a sucção e fluxo dessa secreção láctea, as mamas tornam-se edemaciadas e congestionadas. Desse modo, podem favorecer um acúmulo exacerbado de leite, e conseqüente ocorrência do ingurgitamento mamário⁽¹⁶⁾. Esse fato pode ser agravado no caso de uma mulher soropositiva para o HIV, quando se contra-indica a amamentação⁽⁴⁾.

Como estratégia preventiva essas mulheres devem receber orientações do serviço de saúde com vistas a evitar uma descida excessiva do leite nas mamas, a partir do uso precoce de fármacos inibidores da lactação e enfaixamento das mamas.

Algumas mulheres relataram terem sido orientadas para utilizar procedimentos capazes de prevenir o ingurgitamento mamário, conforme se menciona:

Não tive problema não, tomei injeção para secar (M8).

...elas também explicaram tudo direitinho como deveria proceder (M9).

...Falou que era pra usar pedra de gelo, massagem. No pré-natal a doutora já disse que não podia amamentar (M1).

Mesmo se forem orientadas adequadamente, quando não ocorre a retirada do leite excedente, pode haver o intumescimento mamário. Isto significa que a mulher encontrou problemas para estabelecer a auto-regulação da fisiologia da lactação⁽¹⁷⁾. Essa dificuldade, especialmente em mulheres soropositivas, implica acúmulo excedente de leite no interior das mamas que, como conseqüência, origina *peito empedrado*, como mostram os depoimentos:

Ficou empedrado! E aí tirei o leite com o aparelhinho [bomba], mas ficou empedrado mesmo e até adoeci [referindo-se ao processo de mastite] (M10);

... fazia as massagens com gelo [referindo-se a aplicação de compressa gelada] que ajudava muito, e eu tirava o bebê de perto porque só com o cheiro ele ficava agitado... (M11).

O cuidado dispensado a si próprio, como o uso da bomba para a retirada de leite, é uma atitude não recomendada. Entretanto, em face dos sinais evidentes de ingurgitamento e ante a impossibilidade da retirada do leite materno pelo recém-nascido (RN), as mães optaram pelo uso de diferentes estratégias para amenizar a situação de desconforto.

Como recomendado, a mulher com diagnóstico de HIV deve ter sua lactação inibida, logo após o parto. Tal iniciativa pode ser facilitar mediante utilização de medidas mecânicas e farmacológicas para inibir a lactação. As medidas mecânicas consistem em fazer a compressão das mamas (enfaixamento), de forma cuidadosa, para não restringir os movimentos respiratórios, com conseqüente desconforto materno. De acordo com a literatura, essa medida, isoladamente, tem sucesso em 80% dos casos, quando mantida pelo período de sete a dez dias, evitando-se a manipulação

e estimulação das mamas. Se houver dificuldades de implementar essa medida, pode-se adotar a supressão farmacológica com uso do inibidor de lactação^(4,9).

No entanto, conforme apontou estudo qualitativo⁽¹⁸⁾, com mães soropositivas, a técnica de enfaixamento é sentida como um ato punitivo e doloroso. Ante isso, sugere-se que a mãe faça opção por essa técnica, mas o procedimento deve receber acompanhamento posterior, para avaliar qualquer desconforto.

O sofrimento por não amamentar e ter as mamas ingurgitadas

Apesar de se conhecer todos os benefícios proporcionados pela amamentação, as mulheres portadoras de HIV são orientadas a não amamentar, em virtude dos riscos de contaminação da criança pelo uso de leite materno.

Contudo a exclusão da amamentação gera conflitos pessoais, processo relatado como *sofrimento psicológico*. Referido sofrimento pode ser motivado por dois aspectos: o primeiro ocorre quando a mãe tem a experiência de amamentação natural anterior; neste aspecto ela relembra as situações vivenciadas. O segundo advém das propagandas que veiculam o lema *o leite materno é o melhor remédio para a saúde do filho*. Ante essas situações, as mulheres infectadas pelo HIV vivenciam momentos de sofrimento psicológico.

Entretanto, quando há suspensão precoce da amamentação após o parto, muitas mulheres apresentam problemas mamários clínicos, e com maior frequência, têm o ingurgitamento mamário. Este é popularmente como *peito empedrado*, caracterizado pelo acúmulo de leite em toda a glândula mamária durante a descida do leite, verificada 48 a 72 horas após o parto.

Quando não há extravasamento ou a saída do leite acumulado, podem surgir sinais e sintomas, tais como: mamas edemaciadas, endurecidas, hipertemia e hiperemia⁽¹⁶⁾, provocando queixas de incômodos e dor. Essas situações foram identificadas nos relatos das mães, como se pode perceber pelos depoimentos:

Ah, eu sofri demais... eu fiz uma loucura, puxava com a desmamadeira e só faltava morrer de dor... (M 11).

...ficou muito inchado, cheio de pedra, aí eu amarrava só o sutiã mesmo... (M 1).

Não amamentei nada. Foi horrível porque eu tinha muito leite e eu não sabia por quê. Não me explicaram essa parte sobre a amamentação...(M 3).

Nos casos de ingurgitamento, a massagem de alívio, aplicada pela própria mulher para a vazão do leite, poderia ter sido um autocuidado; entretanto, não se prevê esta orientação para mães infectadas. Deste modo, se haver ingurgitamento, sugere-se incluir a *massagem de alívio* nas mamas, desprezando-se o leite ordenhado. Se existir possibilidade de pasteurização em algum banco de leite, pode-se oferecer o líquido ao seu próprio RN.

As mulheres soropositivas devem receber, além do suporte emocional, orientação sobre ordenha para alívio da compressão dos alvéolos mamários. Dessa forma, evitam-se dor intensa e risco de evolução para a mastite⁽¹⁶⁾.

Como evidenciado, a amamentação gera nesse grupo de mulheres sensação de culpa e tristeza por não amamentar o filho, sendo necessário um suporte emocional para aliviar, além das dores na mama, as *dores da alma*⁽⁸⁻¹⁸⁾.

Inegavelmente o HIV afeta a vida social da mulher, pois a questão de não poder amamentar acaba, muitas vezes, a identificando como soropositiva e traz algumas restrições impostas, não somente pela patologia, mas, também, pelo estigma social ser portadora de HIV⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo observado nesse estudo, as mulheres soropositivas para o HIV vivenciaram situações decorrentes do fato de não amamentarem seus filhos que poderiam ser amenizadas. Ainda como observado, a informação sobre a *não amamentação* é aventada durante o pré-natal, conforme recomendação do Ministério da Saúde. No entanto, verificou-se desconhecimento de algumas mulheres sobre os cuidados efetivados após o parto, como as medidas preventivas e de tratamento para o cuidado com a mama puerperal.

Ademais, segundo se pode apreender pelos relatos das entrevistadas, o uso de inibidores da lactação e/ou enfaixamento das mamas foi muito limitado. Isto acarretou desconforto e dor. Ficou evidenciado que no terceiro dia pós-parto as mulheres que não amamentaram seus filhos vivenciaram a apojadura e, diante da situação, utilizaram procedimentos de ordenha manual, auxílio com bombas para retirada do leite, bem como compressas de gelo. Todas essas basearam-se no conhecimento que adquiriram na sua comunidade ou na cultura local.

Em face das diferentes situações, sobressai a negligência profissional de cuidado apropriado, mediante o desconhecimento revelado e pela descontinuidade de atenção após o parto. Por se tratar de puérperas com risco e ante a exigência de um cuidado especial aos recém-nascidos, os serviços devem utilizar estratégias de acompanhamento de saúde voltadas à saúde materno-infantil. Como estratégia preventiva as mulheres HIV positivas devem receber orientações dos serviços sobre como evitar a descida excessiva do leite nas mamas, a partir do uso precoce de fármacos inibidores da lactação, bem como medidas mecânicas, mediante o enfaixamento das mamas. No entanto, esse enfaixamento deve ser precedido de esclarecimento e receber posterior acompanhamento, para evitar dor e sensação de punição.

Além da situação física da dor, o fato de essa mulher ter sido privada do direito de amamentar pode lhe trazer repercussões psicológicas. Assim, o profissional de saúde deve oferecer, também, suporte emocional. Para tal, torna-se necessário ampliar os cuidados, sobretudo no referente ao

processo de humanização. Desse modo, espera-se obter empatia entre ambos, acrescida de estreita vinculação entre o profissional e a mãe e, conseqüentemente, de maior aceitação e conscientização por parte destas mulheres.

A partir deste tipo de atitude, o profissional busca compreender medos e ansiedades da paciente, além de uma comunicação clara e concisa, num diálogo horizontal, no qual a mãe se perceba valorizada e ouvida pelo profissional, ao se sentir livre para falar, independente da sua condição ou de comportamentos anteriores, ela poderá encontrar o apoio tão essencial nesse momento.

Consoante se sabe, a amamentação constitui atribuição biológica da mulher. Diante de tal realidade, uma das

expectativas desse estudo é a possibilidade de colaborar na compreensão dessa prática como uma ação compartilhada com profissionais de saúde e todos aqueles que, de algum modo, se mostram sensíveis à sua importância.

Ressalta-se, no entanto, o seguinte: os profissionais devem estar atentos para uma nova situação, qual seja, diversas mulheres (futuras mães) estão se contaminando com o HIV e requerem cuidados, sobretudo do enfermeiro: escuta atenta e suporte emocional com vistas a libertá-las da culpa por não amamentar. Deve-se alertá-las também, sobre os procedimentos preventivos e de tratamento para evitar problemas com a mama puerperal. Desse modo, será possível proporcionar-lhes mais conforto e segurança, tanto físico como emocional.

REFERÊNCIAS

1. Colombrini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):576-81.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto Nascer. Brasília; 2003.
3. Araújo LM, Nogueira LT. Transmissão vertical do HIV: situação encontrada em uma maternidade de Teresina. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(4):396-9.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades da iniciativa Hospital Amigo da Criança: referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar. Brasília; 2004.
5. Paiva SS, Galvão MTG. Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV. *Texto Contexto Enferm*. 2004;13(3):414-9.
6. Cechim PL, Perdomini FRI, Quaresma LM. Gestante HIV positiva e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(5):519-23.
7. Carvalho CML, Galvão MTG. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza - CE. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):90-7.
8. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. São Paulo: Artmed; 2004.
9. Barroso LMM, Galvão MTG. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(3):463-9.
10. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 1993.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
12. Bulteel N, Henderson P. Evidence behind the WHO guidelines: hospital care for children: what are the risks of HIV transmission through breastfeeding? *J Trop Pediatr*. 2007;53(5):290-302.
13. Bland RM, Becquet R, Rollins NC, Coutoudis A, Coovadia HM, Newell ML. Breast health problems are rare in both HIV-infected and HIV-Uninfected women who receive counseling and support for breast-feeding in South Africa. *Clin Infect Dis*. 2007;45(11):1502-10.
14. US Department of Health and Human Services. Public Health Service Task Force. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States 2005 [text on the Internet]. [cited 2005 nov. 18]. Available from: http://aidsinfo.nih.gov/guidelines/default_db2.asp?id=66
15. Duarte G, Quintana SM, Beitune PE. Estratégias que reduzem a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. *Rev Bras Ginecol Obst*. 2005;27(12):768-78.
16. Murahovschi J, Teruya KM, Bueno LGS, Baldin PE. 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.
17. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.
18. Moreno CCGS, Rea MF, Felipe EV. Mães HIV positivo e a não-amamentação. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2006;60(2):199-208.
19. Machado MMT, Galvão MTG, Kerr-Pontes LRS, Cunha AJLA, Leite AJM, Lindsay AC, et al. Acesso e utilização de fórmula infantil e alimentos entre crianças nascidas de mulheres com HIV/AIDS. *Rev Eletr Enferm [periódico na Internet]*. 2007 [citado 2008 fev. 15];9(3):[cerca de 13 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a10.htm>

Pesquisa financiada pelo CT-Saúde/MCT/CNPq/MS, Processo: 505267/04-7