



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

MICHELLE RIBEIRO DE ASSIS

FATORES SOCIAIS E CULTURAIS QUE INFLUENCIAM NA PRÁTICA DO
ALEITAMENTO MATERNO CRUZADO: SUBSÍDIOS PARA A ENFERMAGEM

RIO DE JANEIRO
2014

MICHELLE RIBEIRO DE ASSIS

FATORES SOCIAIS E CULTURAIS QUE INFLUENCIAM NA PRÁTICA DO
ALEITAMENTO MATERNO CRUZADO: SUBSÍDIOS PARA A ENFERMAGEM

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Integrante da Linha de Pesquisa: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança.

Orientadora: Prof^ª Dra Leila Rangel da Silva

RIO DE JANEIRO
2014

FICHA CATOLOGRÁFICA

A848 Assis, Michelle Ribeiro de.
Fatores sociais e culturais que influenciam na prática do aleitamento materno cruzado: subsídios para a enfermagem / Michelle Ribeiro de Assis, 2014.
xiv, 70 f. ; 30 cm

Orientadora: Leila Rangel da Silva.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

1. Amamentação. 2. Síndrome de imunodeficiência adquirida. 3. Vírus 1 Linfotrópico T Humano. 4. Enfermagem. 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 – 649.33

MICHELLE RIBEIRO DE ASSIS

FATORES SOCIAIS E CULTURAIS QUE INFLUENCIAM NA PRÁTICA DO
ALEITAMENTO MATERNO CRUZADO: SUBSÍDIOS PARA A 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 10 de Dezembro de 2014.

Prof^a Dra Leila Rangel da Silva
Presidente
UNIRIO

Prof^a Dr^a Mirian Santos Paiva
1^a Examinadora

Prof^a Dr^a Maria Aparecida de Luca Nascimento
2^a Examinadora

Prof^a Dr^a Adriana Pereira Lemos
Suplente Interna

Prof^a Dr^a Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes
Suplente Externa

ASSIS, Michelle Ribeiro. Fatores sociais e culturais que influenciam na prática do aleitamento materno cruzado: subsídios para a enfermagem. Rio de Janeiro. 2014. 70fls. xiv. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

RESUMO

O presente estudo tem como objeto os fatores sociais e culturais que influenciam o aleitamento materno cruzado e está em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Objetivo: Analisar os fatores sociais e culturais que podem levar as gestantes ao aleitamento materno cruzado. O cenário foi um serviço de Pré-Natal em um Centro Municipal de Saúde pertencente à Área Programática 3.3 no Rio de Janeiro. Participaram do estudo 50 gestantes. A coleta de dados ocorreu entre os meses de Janeiro e Abril de 2014. Os critérios de inclusão foram: ser gestantes usuárias do serviço de pré-natal de baixo risco, independente do trimestre gestacional e/ou do número de gestações. Os critérios de exclusão foram: ser menor de dezoito anos. Foi utilizado dois instrumentos de coleta de dados. A análise privilegiou a análise temática de Bardin, originando a categoria: Fatores sociais e culturais que influenciam na prática do aleitamento materno e no aleitamento cruzado. Resultados: A faixa etária variou entre 18 anos e 39 anos, a maioria era casada ou viviam com os companheiros. Sete permitiram o aleitamento materno cruzado e cinco praticaram aleitamento materno cruzado. Quarenta e seis mulheres não sabiam. Através da enfermagem antropológica não há como pensar em promoção de saúde e reflexão sobre práticas que podem ser prejudiciais a saúde, como o aleitamento materno cruzado sem considerar seu ambiente cultural.

Palavras chave: Aleitamento materno; Vírus 1 Linfotrópico T Humano; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Enfermagem.

ASSIS, Michelle Ribeiro. Social and cultural factors affecting cross breastfeeding practice: subsidies for nursing. Rio de Janeiro. 2014. 70fls. xiv. Dissertation (Master on Nursing). *Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO*.

ABSTRACT

The object of this study are social and cultural factors affecting cross breastfeeding practice and is in accordance with Resolution 466/2012 of Health National Council. Descriptive and exploratory study having a qualitative approach. Aim: to analyze social and cultural factors which can lead pregnant women to cross breastfeeding. The scenery was a prenatal service in a Health Municipal Unit belonging to Programmatic Area 3.3 in Rio de Janeiro. Fifty pregnant women have participated on this study. The data collection happened between January and April 2014. The inclusion criteria were to be a pregnant woman using low risk prenatal service, regardless of gestational trimester and/or number of pregnancies. The exclusion criteria were to be under than eighteen years old. Two data collection instruments were used. The analysis focused on Bardin thematic analysis, giving rise to the category: social and cultural factors affecting breastfeeding practice and cross breastfeeding. Results: the age group has varied between 18 and 39 years old, most were married or were living with their partners. Seven have permitted cross breastfeeding and five have practiced cross breastfeeding. Forty-six women did not know it. Conclusion: through anthropological nursing it is possible to see that there is no way of thinking about health promotion and a reflection about practices which can be harmful to health, such as cross breastfeeding if we do not consider its CULTURAL environment.

Key words: Breastfeeding; human T-cell lymphotropic virus; acquired immunodeficiency syndrome; Nursing.

DEDICATÓRIA

Às mulheres que gentilmente aceitaram dividir suas histórias. A minha querida Professora e orientadora, Leila Rangel, que sempre me estimulou e me auxiliou na difícil caminhada científica. Ao grande amor da minha vida, Jefferson Alves, que mesmo quando distante sempre me impulsionou na caminhada e também emprestou seus ouvidos para escutar meus conflitos entre ser pesquisadora/enfermeira *versus* (ser esposa, filha, tia e mãe). À minha mãe, pai, irmãos, sobrinhas e sobrinhos sempre pacientes aguardando a vez deles.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar mais uma grande etapa de minha caminhada profissional nem sei por onde começar a agradecer, a lista é extensa e repleta de momentos de emoção:

À Deus e São Guido por me capacitarem possibilitando-me continuar nos momentos mais difíceis de minha existência como pessoa.

A minha querida e muito amada orientadora.

Ao grande amor de minha vida, “a luz do meu luar” Jefferson Alves.

Aos meus pais pela ajuda e força nos momentos mais difíceis, em especial a minha mãe que com seu orgulho por mim sempre me incentivou.

Aos meus sobrinhos e sobrinhas pela compreensão nos inúmeros momentos em que queriam dividir algo de seus mundinhos particulares de diversão e travessuras, e eu precisava com uma enorme dor no coração dizer: “Agora não posso tenho que estudar” e que eles sempre me tenham como exemplo de dedicação aos estudos.

A minha amiga Daiana Silva Lima.

Aos membros do NuPEEMC, em especial as Professoras Maria Aparecida de Luca, Cristiane Rodrigues, Inês Meneses por repassarem seus conhecimentos e pelos poderosos “toques científicos”.

A família UNIRIO, por me possibilitar realização pessoal, profissional e principalmente a ascensão social de uma mulher negra, que tinha tudo para não conseguir sair do meio de uma maioria e fazer parte de uma minoria. Não seria possível sem o apoio fornecido desde a graduação, à gratidão será eterna, de fato é minha segunda família aquela que me acolheu, formou e apoiou.

À Dona Marlene (*in memoriam*), mãe de minha querida orientadora, pelo incentivo antes mesmo do ingresso no Curso de Mestrado, pela grandiosa lição de vida e agradabilíssima companhia.

Enfim ao amor, pois com amor tudo é possível, até mesmo o impossível passa ser possível. Somente o amor constrói.

Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.

Paulo Freire.

SUMÁRIO

Resumo	v
Abstract.....	vi
Capítulo 1 - Considerações Iniciais	01
Capítulo 2 – Contextualização Histórica.....	05
Capítulo 3 – Referencial Teórico.....	11
Capítulo 4 – Abordagem Metodológica.....	15
Capítulo 5 - Resultados & Discussão.....	20
Capítulo 6 – Considerações Finais.....	38
Referências.....	40
Apêndices.....	49
Anexos.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Características Sociais das Gestantes – Rio de Janeiro – 2014.

Tabela 02: Fatores tecnológicos, religioso e filosófico, e companheirismo e social – Rio de Janeiro – 2014.

Tabela 03: Fatores econômicos – Rio de Janeiro – 2014.

Tabela 04: Fatores Modos de Vida – Rio de Janeiro – 2014.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Construção das Categorias

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

- AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ACM** - Aleitamento Materno Cruzado
- ANVISA**- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- AP** - Área Programática
- COC** - Contraceptivo Oral Combinado
- DIP** - Doenças Infecto-Parasitárias
- EFC** - Ensino Fundamental Completo
- EFI** - Ensino Fundamental Incompleto
- EMC** - Ensino Médio Completo
- EMI** - Ensino Médio Incompleto
- CMS** - Centro Municipal de Saúde
- ESC** - Ensino Superior Completo
- ESI** - Ensino Superior Incompleto
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- HTLV** - Vírus T-linfotrópico Humano
- HTLV-1** - Vírus T-linfotrópico Humano tipo 1
- HTLV-2** - Vírus T-linfotrópico Humano tipo 2
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INAN** - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
- IST** - Infecções Sexualmente Transmissíveis
- MS** - Ministério da Saúde
- NuPEEMC** - Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- PCR** - Proteína C Reativa
- PNIAM** - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
- PPS** - Prática do Sexo Seguro
- RJ** - Rio de Janeiro
- RNBLH** - Rede Nacional de Banco de Leite Humano do Brasil
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TV** - Transmissão Vertical
- UNIRIO** - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

CAPÍTULO 1

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente 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. Sua coordenação é executada pela Prof^a Dr^a Leila Rangel da Silva, tendo como **objeto** os fatores sociais e culturais que influenciam o aleitamento materno cruzado.

O interesse pela área da saúde da mulher tem origem no trabalho desenvolvido no Curso de Graduação em Enfermagem, ocasião em que tive a oportunidade de investigar a questão da gestação na adolescência e a prática do sexo seguro. Neste primeiro contato com a pesquisa, o cenário do estudo foi um serviço de pré-natal de baixo risco de um hospital universitário. Participaram da pesquisa 34 adolescentes na faixa etária de 15 a 18 anos (ASSIS et al, 2013a).

Ao ingressar no Curso Pós-Graduação *Lato sensu* – Residência em Enfermagem, passei a refletir acerca da feminização da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Nesta ocasião, tive a oportunidade de trabalhar em um ambulatório de Doenças Infecto-Parasitárias (DIP) de um Hospital Federal Público no Município do Rio de Janeiro. Neste ambiente, foi possível notar diversas situações que proporcionaram reflexão sobre a prática assistencial durante as consultas de enfermagem.

Entre as percepções obtidas durante esta vivência, cito como destaque a reação das mulheres no momento da consulta de enfermagem quanto ao resultado positivo do exame de HIV. A maioria das gestantes ficavam surpresas com o resultado, enquanto para outras a constatação apenas fazia parte de mais um exame laboratorial realizado no pré-natal com resultado positivo, ainda havia aquelas que planejaram a gravidez tendo conhecimento prévio de sua condição sorológica. A fase de vida das gestantes variou de adolescentes até até a fase adulta, contendo inclusive mulheres acima de quarenta anos (ASSIS, 2013b).

O interesse nesta investigação atual advém do Curso de Residência, quando na ocasião estava lotada no ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Ginecologia e Obstetrícia no ano de 2012. Neste serviço, as mulheres soropositivas ao vírus do HIV, recebem orientações para não amamentarem seus filhos, já que existe a possibilidade de transmissão do vírus. Nesta ocasião, passei a refletir que tal orientação às gestantes que não

eram soropositivas ao vírus do HIV não era rotina e que algumas vezes durante o cuidado de enfermagem com gestantes e puérperas muitas relatavam que já amamentaram outras crianças que não eram seus filhos e que as mesmas já deixaram outras nutrizes amamentarem seus filhos, ou seja, realizaram a prática do aleitamento materno cruzado. O desconhecimento por parte das nutrizes dos malefícios que podem ser causados por meio desta prática agrava esta situação, uma vez que a possibilidade de transmissão de doenças infecciosas existe, como exemplo o vírus do HTLV-1 e do HIV.

Desde o início da década de 90, o Ministério da Saúde (MS) alerta para os riscos do aleitamento materno cruzado afirmando que às mulheres que amamentam recém-nascidos que não é o seu, podem transmitir doenças infectocontagiosas (BRASIL, 1993).

Cabe ressaltar que o estudo não possui o intuito de questionar os benefícios cientificamente comprovados da amamentação; mas sim considerar que o leite humano pode transmitir doenças, que o aleitamento materno cruzado tem raízes culturais extremamente fortes e que no passado da humanidade chegou a ser uma prática aceitável e rentável. Sendo assim, merece investigação as situações que podem favorecer sua ocorrência, para que sejam desestimuladas, favorecendo desse modo o aleitamento materno seguro.

Uma reportagem televisiva ocorrida no mês de outubro de 2009 sobre um incêndio em uma comunidade em São Paulo que no meio do caos que se formou, uma mulher compadecida com a fome do filho da vizinha o amamenta ao seio, o que vai contra o preconizado pelo governo brasileiro. Neste momento, os riscos desta prática são ignorados e/ou desconhecidos pela mídia que coloca em evidência tal ação como um ato de amor.

Nascimento et al (2002) chamou atenção para este fato quando em seu estudo, ao tratar do *marketing* televisivo e da enfermagem como meios articuladores do perigo para o aleitamento materno cruzado. A forma como esta prática foi veiculada em uma novela de uma grande emissora brasileira à época, como uma prática do cotidiano, reforça as necessidades de ações sobre a temática.

Diante da realidade existente ainda nos dias atuais, apesar de toda a evolução do conhecimento científico na área de aleitamento materno, notei que a prática do aleitamento materno cruzado ainda se faz presente. A partir desta constatação, passei a questionar: Qual a implicação do aleitamento materno cruzado para a saúde da criança? Os profissionais de saúde durante o cuidado prestado às mulheres nas consultas de pré-natal e no puerpério repassam o conhecimento?

Estudos demonstram a influência que o leite humano possui na ocorrência de determinadas infecções maternas como, por exemplo, as dos vírus HIV e vírus linfotrópico

de células T humanas, em especial o tipo 1 (HTLV - 1). Estas podem ser transmitidas à criança por meio do leite materno e a amamentação nestes casos é proscrita (LAMOUNIER, 2004; OLIVEIRA, 2007; ROMANELLI, 2010).

As infecções pelos vírus do HIV e HTLV-1 são consideradas infecções sexualmente transmissíveis (IST), na medida em que uma das vias de transmissão é por meio da prática sexual insegura (PAIVA et al, 2012; BRASIL, 2004).

As IST são um sério problema de saúde pública, sendo a segunda maior causa de perda da vida saudável entre mulheres de 15 a 49 anos (ABUD; SANTOS; INAGAKI, 2009). A população feminina tem dificuldade para instituir o uso do preservativo nas relações sexuais o que ocorre devido as seguintes situações relações desiguais de gênero, condições socioeconômicas e culturais desfavoráveis, deixando-as assim vulneráveis à aquisição de infecções.

Segundo Ayres e Colaboradores (2003) a vulnerabilidade é considerada como sendo:

Conjunto de aspectos individuais ou coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e de modo indissociável ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação. E a vulnerabilidade deve ser avaliada em níveis interdependentes, a saber: individual, social e político-programáticas (AYRES et al, 2003, p.123).

A AIDS é hoje reconhecida como uma doença reemergente e com característica crônica que pode repercutir gravemente na qualidade de vida da população mundial, constituindo um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. Segundo informações ministeriais no país, existem 718 mil pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil e destaca-se que no período de 1980 a junho de 2013 foram notificados 686.478 casos (BRASIL, 2013).

O estudo de Galvão-Castro et al (2009) e Teixeira (2009) chamam a atenção para a infecção pelo HTLV do tipo-1. Atualmente no Brasil, particularmente no Estado da Bahia na cidade de Salvador é onde se encontra a maior prevalência desta infecção. Nas regiões endêmicas, estima-se que aproximadamente 25% das crianças amamentadas serão contaminadas com a infecção (GALVÃO-CASTRO et al., 2009; TEIXEIRA, 2009).

Baseada nestas reflexões, o presente estudo leva as seguintes inquietações:

- a. Que informações são fornecidas as gestantes sobre aleitamento materno e aleitamento materno cruzado durante o pré-natal?
- b. As gestantes conhecem as infecções que podem ser transmitidas pelo leite materno?

Originando a seguinte questão norteadora:

- a. Quais os fatores sociais e culturais que podem levar as gestantes ao aleitamento materno cruzado?

Para responder a questão norteadora foi traçado o seguinte **objetivo**:

- a. Analisar os fatores sociais e culturais que podem levar as gestantes ao aleitamento materno cruzado.

O presente estudo justifica-se por constituir-se em conhecimento científico sobre a temática do aleitamento materno cruzado e levantar as razões sociais e culturais que podem interferir em sua ocorrência.

Espera-se que o estudo promova ações governamentais como a inclusão de triagem sorológica no pré-natal para a infecção do HTLV, como já ocorre nos estados do Mato Grosso e Bahia, além da criação do programa de distribuição de fórmula láctea para filhos de mulheres com a infecção pelo vírus do HTLV.

Faz-se necessário a discussão nos órgãos de formação e reformulação nos currículos quanto a prática do aleitamento materno e as doenças que podem ser transmitidas através do leite materno com considerações ao aleitamento materno cruzado.

No campo da assistência, espera-se promover um novo discurso entre os profissionais de saúde sobre a temática da amamentação que incluam questões como: inclusão do aleitamento materno cruzado nas recomendações, abrindo assim o diálogo para a não amamentação nos casos proscritos; orientações quanto as implicações de permitir e/ou aleitar o filho de outra mulher; promover reflexão/ação nos profissionais de saúde para que considerem o aleitamento materno como direito e não como dever; orientações de aleitamento materno que levem em consideração o meio social no qual a gestante esteja inserida, deixando espaço para discussões que respeitem as crenças e valores dessas mulheres, dos homens e da sociedade.

CAPÍTULO 2

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

O Aleitamento Materno

O leite humano é o alimento adequado às necessidades nutricionais, imunológicas e psicológicas da criança nos primeiros meses de vida (BOSSI; MACHADO, 2005). Considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o MS como uma prática benéfica na promoção, proteção e apoio, recomenda-se a amamentação exclusiva até os seis meses de vida e de maneira complementar até o segundo ano de vida ou mais (COTTA; MARQUES; PRIORE, 2011).

No Brasil, a prática do aleitamento materno já existia quando os portugueses aqui desembarcaram e encontraram as índias Tupinambás aleitando seus filhos. Este hábito não era bem visto pelas senhoras europeias, pois não consideravam o ato de amamentar uma prática digna à sua classe social. Desta forma, o ato de amamentar sofre influência com a chegada da “civilização” promovida pelos europeus, levando a cultura do desmame. Na ocasião, era uma prática comum e aceitável entregar seus filhos para serem amamentados e cuidados por outras mulheres, nascendo assim à figura das amas de leite. (SILVA, 1990)

Na sociedade portuguesa, as crianças eram amamentadas pelas saloias, porquanto as damas consideravam a amamentação uma prática indigna. No Brasil, a primeira versão das saloias foram às índias cunhãs, passando depois às escravas africanas e com a urbanização surge a ama preta de aluguel, que aos senhores de escravos rendia mais do que plantar café (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Na década de 1970 e 1980, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1999), a mortalidade infantil no Brasil era respectivamente de 115 e 82,8 em 1000. Na tentativa de resolver o problema da alta mortalidade infantil no país, a medicina social cria a higiene familiar, a qual para o binômio mãe-filho.

O evento da amamentação ganha pelas mãos dos higienistas apenas uma visão biológica, sendo desconsiderado o aspecto cultural. A mulher passa a ter que amamentar sobre as regras rígidas dos higienistas, com o implante de rotinas de horários e restrições alimentares. Diante deste ambiente inóspito à prática da amamentação, havia mulheres que mesmo se submetendo aos padrões determinados não tinham êxito na tarefa de aleitar, já que o ato era prescritivo e não havia ações de apoio ou mesmo não se ensinavam como desenvolver a técnica da amamentação. Na época, fazia-se a seguinte afirmação: “A saúde de

seu filho depende de você. Amamente”, o que traduzia todo autoritarismo dos higienistas (ALMEIDA, 1999; PACE, 2011).

Nasce assim a figura materna da mulher, que deve por meio da amamentação “preservar a moral e os bons costumes do lar”. À época, a mulher deveria ficar restrita ao lar cuidando dos filhos e afazeres domésticos. O Estado confere a ela a função de mediadora da saúde do seu filho, levando a ideia da amamentação como obrigação materna, excluindo desse processo as amas de leite. Com isso, passa a se considerar a amamentação como a nova palavra de ordem contra a morbimortalidade infantil, fato que ocasiona uma imensa cobrança social para a mulher, pois esta – desejando ou não – deveria amamentar seu filho; contudo, não poderia falhar nessa função vital de preservação da humanidade (TEIXEIRA, 2009).

Neste período, visa-se a reversão e o fim do desmame precoce, inicia-se uma discussão mundial em torno do aleitamento materno e seus benefícios. Principiam-se ações de favorecimento à saúde da criança.

Em 1981, com o objetivo de promover ações de apoio e proteção ao aleitamento materno, cria-se no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), cujo planejamento resgata a prática da amamentação, como ato instintivo, natural e biológico, ou seja, a mulher reduzida à condição de mamífera (ALMEIDA, 1999; ALMEIDA, 2004; PACE, 2011).

Diversas ações governamentais foram realizadas no país com o objetivo de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, assim como a amamentação passou a ser discutida por toda sociedade, medidas protetivas foram e são desenvolvidas até hoje como a da Rede Nacional de Banco de Leite Humano do Brasil (RNBLH); a Iniciativa Hospital Amigo da Criança; a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos (NBCAL) para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras; o sistema de alojamento conjunto; projeto Carteiro Amigo da Amamentação; a Resolução Nº 221 da Agência Nacional de Saúde (ANVISA) e a Rede Amamenta Brasil (LAMOUNIER, 1996; ALMEIDA, 1999; ANVISA, 2002; ARAUJO, 2003; VENÂNCIO, 2013).

As Infecções Transmitidas pelo Leite Materno

A AIDS

A AIDS foi descrita inicialmente em 1981 e hoje, trinta e três anos depois, ainda se constitui em um problema de saúde pública. É uma infecção causada pelo vírus do HIV, que é capaz de promover grave disfunção no sistema imunológico das pessoas acometidas pela infecção (BRASIL, 2010).

Segundo Leite, Nunes e Xavier (1997) inicialmente a infecção pelo vírus do HIV foi percebida em determinados grupos populacionais como homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas, o que passou a denominá-los como indivíduos pertencentes ao “grupo de risco” e com essa denominação dá-se ênfase ao preconceito, à discriminação e ao estigma com essa população.

Posteriormente, com a ocorrência de casos entre heterossexuais, passou-se a repensar a denominação de grupo de risco, sendo substituída por comportamento de risco e mais recentemente se trabalha com a noção de vulnerabilidade.

Concordo com a opinião de Schaurich (2004): as discussões da AIDS pelas noções de grupo e de comportamento de risco estão equivocadas, pois se considera apenas a dimensão individual das pessoas com a infecção pelo HIV. Tais denominações e/ou rótulos dizem respeito apenas à culpa individual de quem tem a infecção e julgamentos de ordem moral da sociedade. Nesta equivocada perspectiva, é como se a infecção fosse um castigo divino. Ao assumirmos a perspectiva da discussão pela ótica da vulnerabilidade, temos a oportunidade de vermos as pessoas com a infecção de uma maneira mais ampla, pois acrescenta-se as dimensões individual, social e programática permitindo assim enxergar o sujeito como um todo.

Os agentes etiológicos são retrovírus da família *Lentiviridae* e podem ser de dois tipos: HIV-1 e HIV-2. As expressões: Sida, doença causada pelo HIV e síndrome da imunodeficiência adquirida fazem parte da sinonímia desta infecção, que tem como único reservatório o ser humano.

A via de transmissão pode ser sexual (esperma e secreção vaginal), sanguínea (parenteral e vertical) e pelo leite materno. Constituem-se em algumas situações facilitadoras para aquisição da infecção (BRASIL, 2010):

- A presença de outras IST ulcerativas como, por exemplo, a sífilis e herpes genital ou não ulcerativa como a gonorreia e a infecção por clamídia;

- Infecção aguda pelo HIV ou imunossupressão avançada;
- Prática sexual desprotegida;
- Gestação em mulheres soropositivas ao HIV, dentre outros.

Atualmente, em maiores de dezoito meses, adolescentes e adultos o diagnóstico da infecção é realizado por triagem sorológica com teste de imunoenensaio (Elisa). Caso neste primeiro momento o resultado seja inconclusivo ou reagente, passa-se a etapa de confirmação sorológica com testes confirmatórios como: imunofluorescência indireta e Western blot (BRASIL, 2003, 2005).

A manifestação clínica da infecção do vírus do HIV é dividida em infecção aguda, assintomática e sintomática. Na fase de infecção aguda, os sintomas são inespecíficos semelhantes a um quadro gripal, em função disso dificilmente o diagnóstico é feito neste momento. A fase caracteriza-se por uma intensa viremia, resposta imune intensa e rápida queda nas taxas de linfócitos TCD4⁺ de caráter transitório. Já a fase assintomática pode levar de meses a anos, os sintomas clínicos são mínimos ou inexistentes, neste momento a sorologia é reagente e a contagem dos linfócitos TCD4⁺ pode ser estável ou estar em declínio. No momento sintomático do quadro, temos elevação da carga viral e a contagem de linfócitos TCD4⁺ pode estar abaixo de 500cel/mm³(BRASIL, 2010).

A transmissão vertical do HIV

O Ministério da Saúde afirma que a patogênese da transmissão vertical (TV) do HIV está relacionada a fatores múltiplos fatores:

fatores virais, tais como o genótipo e o fenótipo e a carga viral, fatores maternos incluindo estado clínico e imunológico, presença de IST e outras co-infecções e o estado nutricional da mulher; fatores comportamentais como a utilização de drogas injetáveis e prática sexual desprotegida; fatores obstétricos tais como a duração de ruptura das membranas amnióticas, a via de parto e a presença de hemorragia intraparto; fatores inerente aos recém-nascidos, como prematuridade, baixo peso ao nascer e fatores relacionado ao aleitamento materno. A notificação de gestantes HIV positivas e crianças expostas são obrigatórias (BRASIL, 2004. p 49.).

A TV no país é monitorada pela taxa de detecção de casos de AIDS em menores de cinco anos. “Em 2012 a taxa de TV foi de 3,4/100.000 habitantes, o que demonstra uma redução de 35,8% em relação a 2003” (BRASIL, 2013, p.06), queda essa que pode ser atribuída a ações como:

O uso de antirretrovirais a partir da 14^a semana de gestação; utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesáreo eletivo em gestantes com carga viral elevada ou desconhecida; AZT oral para o recém-nascido exposto do nascimento até 42 dias de vida e inibição da lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade (BRASIL, 2007, p.13).

O HTLV

O vírus do HTLV foi descrito inicialmente na década de 80 e é o primeiro retrovírus isolado nos seres humanos, possui alto poder oncogênico apresenta-se em HTLV-1 e HTLV-2, embora sua ocorrência seja mundial varie conforme a região geográfica. O HTLV-1 é endêmico em regiões como: Japão, Caribe, África, América do Sul e ilhas da Melanésia (CARNEIRO-PROIETTI et al, 2002; MELO et al, 2010).

A infecção pelo vírus do HTLV-1 possui maior importância epidemiológica quando comparada a infecção causada pelo vírus do tipo HTLV-2. Estudos demonstram que o primeiro é responsável por patologias como: a paraparesia espástica tropical; uveíte. Síndrome de Sjogren; dermatite infecciosa; linfoma cutâneo de células T, tuberculose dentre outras, enquanto o tipo HTLV-2 raramente as pessoas infectadas adoecem (AVELINO; OLIVEIRA, 2007; GALVÃO-CASTRO et al 2009; TEIXEIRA, 2009; CARAMELLI; PROIETTI ; ROMANELLI, 2010).

A via transmissão pode ser sexual, pelo sangue e transmissão vertical. É preciso ressaltar que, embora assim como na infecção pelo HIV ocorra a transmissão vertical no caso do HTLV, infecta-se mais pelo leite materno e que embora o HTLV também seja transmitido pela prática sexual, quando comparado ao HIV, este último transmite mais por via sexual (BRASIL, 2006; AVELINO; OLIVEIRA, 2007).

Segundo Oliveira e Avelino (2007), o diagnóstico é realizado por meio de triagem sorológica e os resultados serão confirmados pelo Western blot e PCR (Proteína C Reativa). Neste último, é ideal para avaliar a transmissão vertical, pois identificado o ácido nucléico viral sem sofrer influencias de anticorpos maternos.

A transmissão vertical do HTLV

Na infecção pelos vírus do HTLV-1 e HTLV-2, a maior possibilidade de transmissão vertical reside na prática da amamentação, embora ainda seja possível transmitir por via transplacentária e canal de parto que ocorrem em menor proporção. A transmissão por meio do leite ocorre devido aos linfócitos contaminados presentes no leite, sendo que quanto maior o tempo de amamentação maior é o risco (CARAMELLI; PROIETTI ; ROMANELLI, 2010).

Concordo com Mello (2014) que a maneira de intervir na transmissão vertical desta infecção seja através de triagem sorológica em populações vulneráveis, além do uso de fórmula láctea artificial para os filhos de mulheres soropositivas a infecção. Acrescento que o uso do preservativo também se constitui em uma medida importante na quebra da cadeia de transmissão.

CAPÍTULO 3

REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria da Enfermagem Transcultural – MADELEINE LEININGER

O estudo está fundamentado pela Teoria de Enfermagem Transcultural, a qual foi proposta pela enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger, construída com o objetivo de mostrar a necessidade do melhor entendimento da cultura dos clientes resultando em um cuidado integral e culturalmente embasado.

Na década de 40, nos Estados Unidos, os pacientes, que eram cuidados por Madeleine Leininger, expressavam, frequentemente, seu apreço por curá-los por meio das suas ações de cuidado. Foi a partir dessa experiência, de observações diretas com pacientes de diversas culturas, que Leininger percebeu que o modo humano de cuidar era importante para a recuperação de doenças e a manutenção da saúde e do bem-estar (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Na década de 50, período pós-guerra, a alta tecnologia penetrou no ambiente hospitalar e, de acordo com Leininger (1991), a maioria das enfermeiras estavam esquecendo-se do cuidado humanístico e primário, por focarem sua atenção nesta nova tecnologia. Desta forma, podemos perceber que as enfermeiras, à época, estavam mais preocupadas e interessadas nas explicações biológica do cuidado, não se importando com influência dos aspectos culturais no cuidado de enfermagem.

Também durante esta década, a teórica trabalhou num centro de orientação infantil, com crianças que tinham distúrbios mentais e de diversas origens culturais. A partir deste momento, pode-se perceber as diferenças no cuidado cultural às crianças africanas, alemãs, judias (LEININGER & McFARLAND, 2006). Com isso, nos anos 60, Leininger, que ainda não tinha um conhecimento aprofundado sobre a diversidade cultural, decidiu seguir um programa acadêmico de doutorado em Antropologia Cultural.

Vale ressaltar que, nos Estados Unidos, nas décadas de 50 e 60, muitas enfermeiras estavam absorvidas no estudo médico das doenças, sintomas e seus regimes de tratamento, centralizando o cuidado no saber biomédico. Durante esses anos, significativo número de enfermeiras tornou-se ajudante de médicos, distanciando-se do cuidado. No entanto, Leininger continuou seu estudo junto à antropologia para criar uma teoria de enfermagem e a estruturação de uma identidade profissional (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Segundo Leininger (1991, p.47), a cultura “são os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo, apreendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada”.

Para esta enfermeira e antropóloga, unir a cultura e o cuidado em um relacionamento novo conceitual e teórico foi seu maior desafio. Com isso, ao identificar a cultura e o cuidado como dimensões principais que faltavam na enfermagem e nos serviços de cuidado à saúde, ela elaborou e publicou a Teoria do Cuidado Cultural, em 1991, constatando que as crenças no cuidado, valores e práticas foram previstas como meios explanatórios, poderosos, não só para descobrir e compreender a saúde, como também para explicar a falta de saúde ou prever as condições de doença (LEININGER & McFARLAND, 2006).

A Enfermagem Transcultural foi definida por Leininger (1991, p.15) como

Sub-campo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e os valores, objetivando proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com os seus valores, culturas e o contexto do ambiente em que vivem.

A finalidade da teoria foi descobrir a diversidade e a universalidade do ser humano, no contexto mundial, e os meios de prover um cuidado culturalmente coerente às pessoas de culturas diferentes ou semelhantes. O propósito é manter o bem-estar (saúde), ou enfrentar a doença de modo culturalmente apropriado, tendo em vista que a saúde é o estado percebido ou cognitivo de bem-estar, que capacita o indivíduo ou o grupo a efetuar as atividades segundo os padrões desejados em uma determinada cultura (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Na Teoria de Leininger, ambos os conhecimentos *emic* (conhecimento interno feito pelos informantes, ou seja, o cuidado popular) e *etic* (conhecimento profissional da enfermeira, ou seja, cuidado profissional) contribuem para o cuidado cultural de enfermagem. É importante destacar que o termo “intervenções de enfermagem” não é utilizado na enfermagem transcultural, visto que ele é visto por várias culturas como demasiadamente controlador, o que representa uma imposição cultural da prática de enfermagem (LEININGER & McFARLAND, 2006).

O MODELO DE SUNRISE: O NASCER DO SOL

Leininger, segundo Silva (2014), propôs o Modelo de Sunrise, simbolizado pelo nascer do sol, para auxiliar a análise do significado do cuidado para diversas culturas. Com

esse modelo, é possível operacionalizar a Teoria do Cuidado Cultural, o que viabiliza a orientação para do estudo para a diversidade e universalidade do cuidado de enfermagem.

Nas últimas décadas, o modelo de Sunrise sofreu modificações, pois se pretendia prover um quadro das principais dimensões da estrutura cultural e social. O objetivo foi fornecer condições à enfermeira de oferecer um cuidado holístico, satisfatório e significativo; porém, sem desconsiderar aspectos como a estrutura social e cultural e a visão de mundo dos clientes sob seus cuidados (DIAS; ARAÚJO; BARROSO, 2001)

O Modelo Sunrise é um capacitador proposto por Leininger, usado como o guia principal do estudo para obter um amplo conhecimento sobre o domínio de inquirição. Este modelo não é uma teoria, entretanto seleciona múltiplos fatores que influenciam as expressões do cuidado cultural e serve como um mapa cognitivo para descobrir os fatores embutidos no domínio de inquirição (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Na porção superior do círculo, estão os fatores interdependentes da estrutura cultural e social que facilitam a visão do mundo e que influenciam no cuidado e na saúde por meio da linguagem e do contexto ambiental. Esses fatores estão conectados ao sistema de saúde, compostos pelo sistema popular, profissional e o de enfermagem, os quais se encontram na parte inferior do modelo. As porções superior e inferior descrevem um sol completo que corresponde o universo. (LEININGER & McFARLAND, 2006)

O nível seguinte, baseado no conhecimento do nível anterior citado também por Dias, Araújo e Barroso (2001), é a aplicação deste conhecimento à situação do cliente em estudo (indivíduo, família, grupo ou instituição), em que se observa significado e expressões específicas acerca do cuidado e da saúde.

O terceiro nível permite identificar e caracterizar os valores, crenças, comportamentos populares, profissionais e a enfermagem. Desse modo, é possível identificar semelhanças e diferenças, ou seja, características universais e específicas da cultura do cliente em estudo. As atividades desenvolvidas nesse nível são correspondentes à elaboração de diagnósticos de enfermagem (LEININGER & McFARLAND, 2006).

O quarto nível do modelo é o resultado prático desse sistema interligado. Nele estão as decisões e as ações do cuidado de enfermagem divididas em três modalidades de ação ou modos de decisão para prover culturalmente o cuidado de enfermagem congruente, a saber:

1. Preservação e/ou Manutenção do Cuidado Cultural – refere-se aos atos ou decisões assistenciais, de apoio, facilitadores ou de capacitação profissional que ajudam as culturas a

manter, preservar ou reter as crenças e valores benéficos do cuidado ou para enfrentar deficiências e a morte (LEININGER & McFARLAND, 2006).

2. Acomodação e/ou Negociação do Cuidado Cultural – refere-se às ações e decisões que assistem, acomodam, facilitam ou capacitam o cuidado e que ajudam as culturas a se adaptar ou negociar um cuidado congruente, seguro, e efetivo para sua saúde, bem-estar, ou lidar com a doença ou com a morte (LEININGER & McFARLAND, 2006).

3. Repadronização e/ou Reestruturação do Cuidado Cultural – refere-se ações e decisões mútuas, assistenciais, de apoio, facilitadoras ou de capacitação que ajudam as pessoas a reordenar, modificar, mudar ou reestruturar seu modo de vida e as instituições para melhores padrões (ou benéficos) de cuidado à saúde, práticas, ou resultados (LEININGER & McFARLAND, 2006).

CAPÍTULO 4

ABORDAGEM METODOLÓGICA

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório que tem como principal objetivo o aprimoramento de ideias ou descobertas de intuições. Seu planejamento, é bastante flexível de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Estas pesquisas são habitualmente utilizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2010).

Para esta investigação, foi utilizada a abordagem qualitativa que, de acordo com Minayo (2010), surge diante da impossibilidade de investigar e compreender por meio de dados estatísticos fenômenos voltados para a percepção, intuição e a subjetividade. Está direcionada para a investigação das relações humanas, cujas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos aflorados diante das situações vivenciadas no dia a dia.

Optou-se pelo referencial difundido pela Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, o qual enfoca o cuidado dos indivíduos na perspectiva transcultural com a previsão de que o cuidado humano é a essência da enfermagem e um domínio central e unificado no conhecimento e na prática de saúde (SILVA, 2003).

Considerando os pressupostos de Madeleine Leininger, o conceito de saúde é culturalmente definido, avaliado, valorizado e praticado, refletindo na habilidade individual (ou grupos) e executa as suas atividades diárias e modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados. (Leininger & MacFarland, 2002, 2006)

Desta forma, a referida teoria é adequada ao estudo, na medida em que subsidiará conhecer o modo de viver e a cultura das gestantes, de modo a possibilitar o conhecimento de fatores socioculturais que podem influenciar na prática do aleitamento materno e aleitamento cruzado.

CENÁRIO DE ESTUDO

A pesquisa teve como ambiente o Serviço de Pré-Natal de um Centro Municipal de Saúde (CMS), localizado na zona norte do município o Rio de Janeiro. O mesmo pertencente à Área Programática (AP 3.3) que atende os bairros de Rocha Miranda, Honório Gurgel, Turiaçu, Marechal Hermes e Oswaldo Cruz.

Nesta Unidade, o acolhimento às gestantes é realizado mediante consulta de enfermagem todas às quintas-feiras após teste de gravidez positivo. Neste momento, era conferida a documentação e confirmado com comprovante de residência se a usuária pertence à Área Programática de atendimento, caso não pertencesse seriam realizados os devidos encaminhamentos para outras Unidades.

A coleta de dados ocorreu uma vez na semana, às terças-feiras ou quartas-feiras, no período diurno. Na Unidade, não era disponibilizado um espaço para conversar reservadamente com as participantes da pesquisa. Esta situação ficava condicionada ao número de funcionários e a disponibilidade de sala. Quando não havia sala disponível, a entrevista ocorria na mesma sala onde as técnicas de enfermagem recepcionavam às gestantes, o que em alguns momentos prejudicou a qualidade das entrevistas devido ao excesso de ruídos e falta de privacidade.

PARTICIPANTES DO ESTUDO E PRODUÇÃO DOS DADOS

O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de Janeiro a Abril de 2014. O critério de inclusão foi: ser gestante usuária do serviço de pré-natal de baixo risco, independente do trimestre gestacional e/ou do número de gestações. O critérios de exclusão foi: ser menor de dezoito anos. No período da apreensão dos dados, estavam sendo acompanhadas no serviço de pré-natal cento e vinte oito (128) gestantes. Destas foram abordadas cinquenta e oito (58) gestantes, sendo que oito recusaram participar do estudo. Uma das justificativas foi a falta de interesse e tempo.

INSTRUMENTO PARA OBTENÇÃO DOS DADOS

Utilizaram-se neste estudo dois instrumentos de coleta de dados: A) formulário dividido em três etapas: 1) identificação, 2) história ginecológica e obstétrica 3) as dimensões da estrutura cultural e social; e B) questionário com perguntas abertas e fechadas relacionadas à amamentação, ao aleitamento materno cruzado e às infecções que podem ser transmitidas pelo leite materno.

A aplicação dos instrumentos foi gravada em áudio e posteriormente transcrita. Ao longo da pesquisa, foi realizado um diário de campo, que teve como objetivo registrar as impressões da pesquisadora durante a apreensão dos dados.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO ESTUDO

Respeitaram-se rigorosamente todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos, conforme proposto pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

As gestantes foram convidadas para participar do estudo. Procedeu-se às explicações sobre os objetivos da pesquisa e, após, a disponibilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), deixou-se clara a possibilidade de retirada do estudo em qualquer momento. O referido projeto foi submetido ao Sistema da Plataforma Brasil, passando inicialmente pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO – no qual obteve aprovação e posterior encaminhamento ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para autorização definitiva do estudo, sob nº 23535013.4.3001.5279 em 30 de Dezembro de 2013.

Para a realização do referido estudo a pesquisadora utilizou recursos próprios a fim de cobrir as despesas com materiais de escritório, aparelho de gravação de áudio e locomoções.

ANÁLISE DOS DADOS

Optou-se para análise dos dados a utilização da análise temática de Bardin, buscando compreender os fatores sociais e culturais envolvidos na prática do aleitamento materno e do aleitamento cruzado. O referido método de análise consiste em descobrir os núcleos dos sentidos que compõe a comunicação, cuja frequência de aparição pode ter uma significação para o objetivo analítico escolhido. Segundo Bardin (2011, p.105), “tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia a leitura”.

A técnica proposta por Bardin (2011) divide-se em três etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados – inferência e interpretação. Após o término da coleta de dados, com objetivo de preservar o anonimato, as participantes foram identificadas de E1 a E50.

Após a transcrição de todas as entrevistas, foram organizadas cada questão segundo a resposta das 50 entrevistadas utilizando o programa Word®. Consequentemente o material foi impresso e após ler e reler os dados, foram destacadas com caneta colorida as semelhanças que emergiram dos discursos, e posteriormente anotadas as impressões, conforme Quadro 1 a seguir:

Quadro 01: Construção das Categorias

Questões	Emergiram do discurso	Impressões da pesquisadora
Informação recebida no pré-natal acerca do aleitamento materno	Modo correto e como amamentar, importante amamentar, amamentar é bom e saudável para a criança e cuidados com a mama.	Centrado em aspectos puramente BIOLÓGICO em benefício da SAÚDE do lactente e cuidados com a mama e o manejo correto das mamas puerperais
O que auxilia na prática da amamentação	Alimentação que ajuda ou atrapalha na produção de leite (canjica ajuda e carré e refrigerantes atrapalham), higiene, ambiente, cuidado com o corpo, pega correta, apoio familiar, apoio emocional, não beber durante a amamentação.	Centrado nos aspectos CULTURAIS da alimentação, ambiente e higiene, cuidados com a MAMA e manejo correto da amamentação, aspectos emocionais e de apoio.
Importância da amamentação	Saúde do bebê, melhor alimento, produção de nutrientes e proteção (imunidade).	Centrado em aspectos BIOLÓGICOS e IMUNOLÓGICOS.
Aleitamento materno cruzado (AMC): informações de profissionais de saúde e/ou outros meios	Doença, perigoso, não é bom.	Centrado na PREVENÇÃO de DOENÇAS.
Motivos para amamentar o filho de outra mulher	Leite secou, ausência materna, choro como sinônimo de fome, dificuldade na pega e retorno ao trabalho.	Centrado no aspecto que abriga desculpa SOCIALMENTE aceita para não amamentar, representada pela hipogalactia, aspecto CULTURAL do choro como fome e aspecto SOCIAL de retorno ao trabalho e dificuldade com o manejo das mamas.
Outra mulher amamentou seu filho	Dificuldade na pega, choro como sinônimo de fome, muito leite e ausência materna.	Centrado em aspecto CULTURAL do choro como sinônimo de fome e aspecto SOCIAL de ausência materna e dificuldade com o manejo das mamas.

Fonte: Entrevistas 2014.

Em seguida foram agrupadas as codificações em uma única categoria: fatores sociais e culturais que influenciam na prática do aleitamento materno e no aleitamento cruzado, em que foram discutidos em três subcategorias: 1) Os aspectos biomédicos que envolvem o aleitamento materno e aleitamento materno cruzado; 2) Estar grávida *versus* infecções sexualmente transmissíveis: a cultura da não prevenção e; 3) O corpo da mulher como instrumento do alimento: a mulher resumida a um par de mama.

A apresentação dos resultados e discussão foram realizadas em dois momentos. Primeiro foi apresentada a caracterização das participantes do estudo, tendo como base os dados de identificação, as dimensões da estrutural cultural e social de Leininger e o perfil ginecológico e obstétrico. Posteriormente foi discutida a categoria que emergiu do estudo com

suas três subcategorias, nas quais foram abordados os aspectos que contribuem para a prática do aleitamento materno e aleitamento cruzado.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E CULTURAL DAS GESTANTES

Tabela 01 - Características Sociais das Gestantes – Rio de Janeiro – 2014.

Características Sociais das Gestantes	F
FAIXA ETÁRIA	
18 -19	18
20-24	15
25-29	12
30-34	04
35-39	03
RAÇA\ETNIA	
Negra e\ou parda	39
Branca	11
ESCOLARIDADE	
Ensino Fundamental Completo	04
Ensino Fundamental Incompleto	14
Ensino Médio Completo	13
Ensino Médio Incompleto	15
Ensino Superior Completo	01
Ensino Superior Incompleto	03
TRABALHA	
Sim	21
Não	29
ESTADO CIVIL	
Solteira	18
Casada	09
União Estável	23

Fonte: Entrevistas – 2014.

De acordo com a tabela 01, faixa etária das 50 gestantes participantes do estudo variou de 18 a 39 anos, tendo como média 23,4 anos. Quanto à raça/etnia e estado civil respectivamente trinta e nove declararam-se negras das quais doze eram pardas e onze brancas, dezoito são solteiras, nove casadas e vinte e três viviam com o companheiro.

Os dados referentes à profissão demonstram que vinte e nove são do Lar, oito estudantes, quatro auxiliar de serviços gerais, três operadoras de caixa, duas atendentes, duas manicures, duas cabelereiras, uma diarista, uma babá, uma técnica em patologia clínica, uma doméstica, uma auxiliar administrativa, uma frentista e uma camareira hospitalar evidenciado na tabela 01.

Quanto à escolaridade quatro possuem ensino fundamental completo (EFC), quatorze ensino fundamental incompleto (EFI), treze ensino médio completo (EMC), quinze ensino

médio incompleto (EMI), uma o ensino superior completo (ESC) e três ensino superior incompleto (ESI) conforme Tabela 01.

Ao considerarmos o nível de escolarização, podemos perceber dentre as participantes um baixo nível de escolaridade, representado pelo número de gestantes que possuem ensino fundamental e médio incompletos.

Algumas pesquisas comprovam que o grau de escolarização tem múltiplas repercussões na vida das pessoas. Dentre muitas, a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, fato favorece a dependência econômica feminina, interfere na duração do aleitamento materno ocasionando o desmame precoce, dificulta o diálogo na negociação de relações sexuais seguras favorecendo a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis (ESCOBAR, 2002; CARDOSO, 2007; FRANÇA et al, 2007; HASHIMOTO et al, 2010; MARTINS, 2011).

É preciso ressaltar que dentre a população estudada vários fatores se constituíram em razões para interrupção de estudos como por exemplo: gravidez, trabalho, não gostar ou falta de interesse, recursos financeiros, não ter com quem deixar as crianças, casamento, expulsão da escola devido ao número de faltas, pai preso ficando difícil continuar na escola, dentre outros. Portanto, descobrir-se grávida na população estudada constitui-se em um entrave para manutenção dos estudos.

Tabela 02 - Fatores tecnológicos, religioso e filosófico, e companheirismo e social – Rio de Janeiro – 2014.

Fatores tecnológicos, religioso e filosófico, e companheirismo e social	F
FATORES TECNOLÓGICOS	
Acesso à água	50
Acesso à luz	50
Acesso a eletrodomésticos	50
MEIO DE TRANSPORTE	
Ônibus	31
Carro	05
Van\ Kombi	09
Ônibus\metrô	01
Taxi	01
Metrô	01
Van\carro	..
FATORES RELIGIOSO E FILOSÓFICO	
Religião de Criação	
Católica	22
Evangélica	10

Espírita	02
Nenhuma	16
Religião praticada	
Católica	14
Evangélica	15
Matriz Africana*	01
Nenhuma	18
FATORES COMPANHEIRISMO E SOCIAL	
COM QUEM CO-HABITA	
Esposo e filhos	25
Outros membros da família	16
Esposo e outros membros da família	09

Fonte: Entrevistas – 2014.

*

Na tabela 02 são apresentados os sete fatores que compõem o Modelo de Sunrise: tecnológico, religioso e filosófico, de companheirismo e sociais, político e legal, modos de vida e econômico.

Com relação aos fatores tecnológicos, todas possuem luz, água e eletrodomésticos, trinta e duas utilizam ônibus, sete carro, cinco Kombi, três moto, duas metrô, quatro van, uma taxi e uma referiu a caminhada (conforme) tabela 02.

Quanto aos fatores religiosos e filosóficos, foram encontradas quatro religiões diferentes. Em relação à religião de criação, dezesseis não foram criadas em nenhuma religião, dez foi criada na religião evangélica, vinte e duas na católica e duas na espírita. Dezoito mulheres não praticavam nenhuma religião atualmente seguida de: quinze eram evangélicas, quatorze católicas, duas espíritas e uma de matriz africana com destaque para a prática do candomblé conforme tabela 02.

Segundo dados oficiais do IBGE (2010) as três religiões mais frequentes no Brasil são respectivamente: católica, evangélica e espírita. Ainda segundo esta instituição o número de católicos diminui e aumenta o número de evangélicos. Tal realidade corrobora para os achados do estudo, já que observamos diminuição no número de mulheres católicas e aumento no número de evangélicas.

Ritto (2012) atribui tal fato a tentativa de preservação da família, visto que para o grupo evangélico existem alguns códigos de condutas como, por exemplo, abstinência a bebidas alcoólicas e proibição de roupas insinuantes pelo sexo feminino, ou seja, por meio da religião pode-se regular o comportamento humano e preservar a instituição familiar.

Em relação aos fatores de companheirismo e sociais, a duração das relações variou entre dois meses e quinze anos. Dezesseis participantes moravam com outros membros da família (mãe, pai ou avó dentre outros) como pode-se observar na tabela 02.

Tabela 03 – Fatores econômicos – Rio de Janeiro – 2014.

FATORES ECONÔMICOS	F
RENDA DA MULHER	
< 1 salário mínimo	04
1 salário mínimo	16
4 salários mínimo	01
RENDA FAMILIAR	
< 1 salário mínimo	02
1 salário mínimo	15
1 salário mínimo e ½	04
2 salários mínimo	05
2 salários mínimo e ½	04
3 salários mínimo	01
3 salários mínimo e ½	01
4 salários mínimo	01
5 salários mínimo e ½	01
6 salários mínimo e ½	01
> 6 salários mínimo e ½	02
PESSOAS QUE CONTRIBUEM COM A RENDA	
Esposo	29
Esposo e outros membros da família	04
Outros membros da família	17

Fonte: Entrevistas – 2014

Quanto aos fatores econômicos vinte e uma gestantes trabalhavam e destas quatro ganhavam menos de um salário mínimo, dezesseis um salário mínimo, uma quatro salários mínimos. Quando questionadas sobre quem contribui com a renda familiar, vinte e nove gestantes informaram que os membros da família (co-habitam) contribuem. Neste caso, sendo que quatro esposos e outras pessoas como mãe, pai, avós, dentre outros; e em dezessete casos mãe, pai, avós não possui ajuda do companheiro. Ressalta-se que seis gestantes a renda provia de pensões, seja de avós, mãe ou de ex-maridos e seis gestantes tinham ajuda do governo do tipo Bolsa Família tabela 03.

Quanto à renda familiar em salário mínimo vigente (R\$724,00): duas famílias vivem abaixo de um salário, quinze com 1 salário, quatro com 1 e ½ salário, cinco com 2 salários, quatro famílias com 2 e ½ salários, uma com 3 salários, uma com 3 salários e ½, uma com 4 salários, uma com 5 salários e ½, uma com 6 salários e ½ e duas com mais de 6 salários e ½. Treze gestantes não souberam informar a renda familiar, conforme Tabela 03.

Podemos observar um baixo poder aquisitivo dentre as participantes do estudo, assim como um grande número de mulheres fora do mercado de trabalho. O fator econômico acrescido ao baixo nível educacional são elementos que podem contribuir de maneira desfavorável ao processo de amamentação.

Tabela 04 – Fatores Modos de Vida – Rio de Janeiro – 2014.

FATORES MODO DE VIDA	F
PERÍODO DIURNO	
Trabalha	16
Tarefas domésticas	34
Estuda	02
PERÍODO NOTURNO	
Trabalha	05
	42
Tarefas domésticas	03
Estuda	
NÚMERO DE CÔMODOS	
Um	01
Três	02
Quatro	24
Cinco	17
Seis	04
Oito	03
LOCAL ONDE DORMEM	
Quarto	47
Sala	03
BANHEIRO DENTRO DE CASA	
Sim	49
Não	01

Fonte: Entrevistas – 2014

Com relação ao fator modo de vida, para a grande maioria das gestantes (trinta e quatro) tinham como ocupação no período diurno, cuidar das tarefas do lar, levar as crianças para a escola e envolver-se com seus cuidados diários. Algumas também passavam certo período do dia na casa de familiares como mães e tias. Uma mulher referiu licença médica, pois sentia muitas dores. Dezesesseis mulheres passavam o dia no trabalho e duas estudavam tabela 04.

Como atividades no período noturno, cinco gestantes trabalhavam e três estudavam. As demais (quarenta e duas) realizavam atividades de cunho doméstico que variaram entre assumir as tarefas do lar como, por exemplo, preparar o jantar ou cuidar dos filhos. Algumas relataram atividades de entretenimento como assistirem televisão, usarem a internet, ir à igreja ou simplesmente ficar em casa tabela 04.

Quarenta e sete referem o quarto como local para dormir e três refere à sala. Quarenta e nove participantes tinham banheiro dentro de casa e uma afirmou que banheiro era fora de casa. O número de cômodos na casa teve como distribuição: vinte e quatro domicílios com

quatro cômodos, dezessete com cinco, quatro com seis, dois com três, três com oito conforme e um com um tabela 04.

Com relação ao fator político e legal, vinte e nove afirmaram como liderança, no local onde moravam, a associação de moradores e vinte e uma não soube informar.

ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

Considerando os depoimentos das participantes, surge a categoria *Fatores sociais e culturais que influenciam na prática do aleitamento materno e no aleitamento materno cruzado*. Esta encontra-se em concordância com o objeto de estudo. Com o objetivo de gerar uma melhor compreensão do discurso das participantes, a referida categoria foi fragmentada em três subcategorias, a saber: 1) Os aspectos biomédicos que envolvem o aleitamento materno e aleitamento materno cruzado, respondendo ao primeiro e segundo objetivo do estudo; 2) Estar grávida *versus* infecções sexualmente transmissíveis: a cultura da não prevenção e; 3) O corpo da mulher como instrumento do alimento: a mulher resumida a um par de mamas.

FATORES SOCIAIS E CULTURAIS QUE INFLUENCIAM NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO CRUZADO

❖ Os aspectos biomédicos que envolvem o aleitamento materno e aleitamento materno cruzado

A presente subcategoria refere-se às questões como a prevenção de doenças, ao manejo da técnica correta da amamentação, às informações recebidas sobre aleitamento materno e aleitamento materno cruzado e ao conhecimento das gestantes sobre infecções que podem ser transmitidas pelo leite.

O paradigma biomédico ou mecanicista baseia-se na noção de saúde e doença que tem sua origem no contexto do renascimento (BARROS, 2002; BACKES et al, 2009). A doença é conceituada como um desajuste ou falta de mecanismos de adaptação do organismo ao meio, ou ainda como uma presença de perturbações da estrutura viva, causadoras de desarranjos na função de um órgão, sistema ou organismo (PUTTINI, JUNIOR e OLIVEIRA, 2010).

Trabalhando com a noção de saúde ao longo dos tempos diversos conceitos foram utilizados para conceituar a saúde da população a Carta de Ottawa (1986), a qual discute a noção de saúde como qualidade de vida e considera como requisito básico para tal a necessidade de paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Concordo com Backes (2009), quando este afirma que precisamos superar o modelo biomédico e investir no modelo de promoção de saúde, pois assim poderemos alcançar todas as dimensões do ser humano, ou seja, biológica, psicológica e social.

Ainda com relação a promoção da saúde Czeresnia (2003, p. 44) afirma que:

A ideia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos.

Considerando o leite humano, este á luz da evolução do conhecimento científico por ser o único alimento capaz de atender de maneira adequada todas as necessidades fisiológicas do metabolismo do lactente (ALMEIDA, 1999). A partir do discurso das gestantes é possível perceber que elas reconhecem a importância, benefícios do leite materno e seus aspectos imunológicos como observado nos fragmentos a seguir.

Obrigatório para a saúde do neném. (E1)

Eu sempre amamenteei minhas filhas. E eu quase não as levo ao médico, elas graças a Deus, não tem nada. Eu acho que o leite de peito ajuda muito. (E2)

Previne de várias doenças. A criança fica mais saudável. (E3)

O leite é sangue. É a primeira coisa que a criança tem que tomar. Evita muitas doenças. (E4)

O leite é o alimento mais importante que a criança tem porque passa todas as proteções que temos ao longo da vida está no leite e passa a criança. (E10)

Momento que você passa os nutrientes para o bebê e só a mãe pode passar. Os nutrientes na quantidade certa porque o leite não é igual ao leite de mãe. (E12)

Protege o bebê de infecções. (E27)

Estes fragmentos nos remetem ao paradigma biomédico construído pelo movimento higienista, no qual a amamentação era considerada instintiva, natural, biológica e própria da espécie humana, ou seja, a mulher resumida à condição de mamífera (ALMEIDA, 1999).

É fato descrito na literatura que no início da década de 80, conforme evidencia o Programam Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), as ações de incentivo ao aleitamento materno inicialmente visavam à saúde da criança. Todavia, na atualidade, esse discurso foi substituído por outro no qual a mulher também passa a ser beneficiada com a prática da amamentação.

Considero, embasada no discurso das participantes deste estudo, que as orientações que hoje são ministradas a estas mulheres, nas Unidades de Saúde, ainda encontram-se pautadas no paradigma biomédico. Isso pode ser comprovado quando nenhuma das

participantes cita os benéficos que a amamentação pode ocasionar para a saúde da mulher, ou seja, ainda hoje as recomendações sobre aleitamento materno são prescritivas e verticais.

Apoiada na literatura atual, considero a prática da amamentação com benefícios amplos para a saúde da nutriz, como – por exemplo – diminuição do sangramento pós-parto, recuperação do peso pré-gestacional e prevenção do câncer de mama. Neste contexto, ao considerarmos a saúde do lactante podemos observar a melhor digestão, diminuição de fenômenos alérgicos, proteção contra infecções, melhor desenvolvimento da cavidade bucal, efeito positivo sobre a inteligência, melhor nutrição, redução de obesidade, dentre outros. Acrescenta-se a tudo isso o fato de que esta atitude demarca um importante elemento de favorecimento de vínculo entre mãe-filho (TAMEZ; CARVALHO, 2005; BRASIL, 2009.).

Concordo com Nakano (2003), a qual afirma que amamentação ultrapassa questões biológicas, justamente por abrigar ainda dimensões culturais, sociais e históricas, isto é, com variáveis que influenciam sua ocorrência. Por ter essas inúmeras variáveis como bases, em especial as de cunho culturais, este ato faz com que se considere que o paradigma biomédico possa estar apoiado pela cultura, a qual é passada de mãe para filha e/ou noras, pois aquelas que vivenciaram os primórdios dessas discussões em torno dos benefícios do aleitamento para a saúde da criança os transmitem aos seus familiares, época em que tínhamos como slogan: “A saúde do seu filho depende de você. Amamente!” contribuindo assim para a sustentação e/ou perpetuação deste paradigma de outrora.

Embora as mulheres reconheçam plenamente os benefícios imunológicos do leite humano, um dado tornar-se alarmante: o total desconhecimento por quarenta e seis mulheres do leite humano como veículo de aquisição de infecções, exemplificando assim – mais uma vez – a forma de orientar em amamentação necessita ser reprodutiva.

Na atualidade, com o advento da feminização da AIDS e do reconhecimento da existência do HTLV, não nos cabe mais, como profissionais de saúde, uma visão reducionista da amamentação, nem um discurso pautado única e exclusivamente em aspectos biológicos. Precisamos reformular nossos discursos para uma prática de amamentação que admita a possibilidade de aquisição de infecções com orientações que privilegiem o contexto-social, cultural e familiar, admitindo a mulher como sujeita de direitos e protagonista de seu processo de amamentar (BRASIL, 2009).

Concordo com Abrão (2006) quando este afirma que a amamentação não é uma prática simples, precisa ser aprendida. É um momento de interação e intimidade entre mãe e filho. A participação do profissional consiste em orientar as mulheres e suas famílias. Sendo

assim, a técnica deve ser desempenhada para que o processo possa ser prazeroso para mãe e filho. Podemos observar no discurso das participantes alguns elementos dessas orientações.

Uso a concha. É para preparar os mamilos (17)

Forma correta de colocar o peito na boca da criança. Colocar a mama ao sol na parte da manhã. (E24)

Sempre tinha uma enfermeira que ficava dando palestra. Falava sobre como amamentar, a higiene do peito. Falou também como fazer para o bico não rachar. (E42)

Para uma técnica correta da amamentação é importante que tenhamos uma abertura ampla da boca do lactante, ele abocanha não apenas o mamilo, mas também a aréola. Com isso, ocorre um laço perfeito entre a boca e a mama, o que garante a formação de vácuo, indispensável para que o mamilo e aréola se mantenham acomodados dentro da boca (BRASIL, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2009) são pontos chaves no posicionamento correto: rosto do bebê de frente para a mama; nariz na altura do mamilo; corpo do bebê próximo ao da mãe; cabeça e tronco do bebê alinhado; bebê bem apoiado. E são pontos fundamentais da pega correta: aréola mais visível acima da boca do bebê; boca bem aberta; lábio inferior virado para fora e queixo tocando a mama.

Ainda cabe salientar que o sucesso da amamentação está relacionado a múltiplos fatores, como por exemplo, idade e escolaridade materna, renda familiar, habilidade no manejo do aleitamento materno, dentre outros. Considero que esta última pode ser decisiva no processo de lactação, pois interfere na ocorrência de intercorrências na mama como, por exemplo, as fissuras que acometem muitas nutrizas, a qual por meio da dor e desconforto que ocasiona pode levar a dificuldades no processo de manutenção da amamentação, ocasionando o desmame precoce.

Estudo realizado por Leal & Colaboradores (2011) objetivou avaliar a técnica da amamentação entre nutrizas no Recife. Evidenciou que os traumas mamilares são consequências de problemas com a técnica, tais como posicionamento e pega incorreta, fatores que contribuem para o insucesso da amamentação.

No presente estudo, o número de consultas durante o pré-natal variou de duas a oito. Dentre as cinquenta participantes, apenas seis gestantes informaram terem recebido informações sobre aleitamento no pré-natal atual. Trinta e uma mulheres nunca haviam amamentado anteriormente, fato motivado em decorrência de vinte e seis serem primíparas.

Duas alegaram problema com mamilo, duas tiveram abortos e uma referiu hipogalactia como causa para não amamentar.

Alves et al (2010, p 61) afirma que a assistência de pré-natal :

Consiste no acompanhamento da gestante, servindo como um momento de aprendizado para a mulher e sua família, ainda, detectar anormalidades com a criança e com a mãe.

Leininger & MacFarland (2006) chama atenção para um cuidado culturalmente coerente, preservando na medida do possível a sua bagagem cultural. O pré-natal é o momento ideal para propiciar as ações de educação em saúde para as gestantes e seu grupo familiar e de amigos. Desta forma, conseguiremos identificar os aspectos culturais que poderão ou não ser mantidos sem interferir na prática da amamentação. Esta fase de vida que a mulher vivencia – gravidez - é um momento ideal para negociarmos ou repadronizarmos os cuidados apreendidos e que podem representar riscos, como por exemplo, a prática do aleitamento materno cruzado.

Guerreiro et al (2014) em seu estudo realizado em Fortaleza/CE chama atenção para a educação em saúde como uma estratégia de valorização dos sujeitos no ciclo gravídico e puerperal. Com isso, abre espaço para o diálogo, a socialização de saberes e práticas, podendo assim romper com a visão ultrapassada do saber centrado nos profissionais de saúde, o que possibilita a construção de novos saberes com a participação da mulher e de sua família/amigos (as).

Dentre as cinquenta participantes, sete gestantes afirmaram terem sido informadas por profissionais de saúde sobre aleitamento cruzado, porém sete gestantes permitiu que seu filho fosse aleitado por outra mulher e cinco aleitaram o filho de outra mulher, e quarenta e seis mulheres não sabiam as doenças que poderiam ser transmitidas por esta prática.

A questão de uma nutriz alimentar o filho de outra é uma prática cultural, a qual tem suas raízes no passado, oriundos das amas de leite. Atualmente essa prática é desestimulada pela Portaria 2415 – que trata da prevenção da contaminação do HIV, por intermédio do aleitamento materno (1996), pois se admite a possibilidade de contaminação do lactante com infecções causadas por retrovírus como o HIV e o HTLV do tipo 1 e 2.

Pedrosa e Colaboradores (2001) ao realizar estudo com puérperas em uma maternidade paulista, observou que nenhuma participante recebeu informações sobre o aleitamento cruzado no pré-natal. Estas desconheciam os perigos dessa prática, chegando a considerar que o ato de aleitar o filho de outra mulher ou permitir que seu filho fosse aleitado seria uma ação para “salvar a vida”.

Considero que a desinformação geral sobre o aleitamento cruzado e o forte poder que a cultura exerce no aleitamento, sejam elementos fortemente perpetuadores desta prática. Neste estudo foi possível perceber que mesmo às mulheres que receberam orientações ainda assim elas estiveram envolvidas no aleitamento cruzado seja permitindo ou praticando. Cabe ressaltar que outras questões como ausência materna, a desinformação que a mídia presta sobre a temática e a omissão dos gestores está presentes em nossa sociedade, favorecem a prática do aleitamento materno cruzado.

Dentre aquelas envolvidas na prática do aleitamento materno cruzado, observou-se a presença de pessoas, como irmãs e amigas, na condição de nutrizes para os seus filhos. Nestes casos, diversos motivos acarretaram na prática do aleitamento materno cruzado, como a necessidade de trabalho da mãe ou resolução de problemas por parte desta fora da ambiência doméstica, o comportamento de choro da criança, hipogalactia, excesso de leite, representados pelos fragmentos dos discursos abaixo:

Essa minha filha que tem 12 anos quando a prima do pai dela teve neném aí o leite dela secou e a criança chorava muito, teve uma vez que eu falei ai eu tenho muito leite se você quis eu dou, aí fiquei com pena e acabei dando (E6)

Porque a filha dela era amamentada e meu filho não pegava o meu então deixei ele esvaziar o peito dela, a filha dela não dava conta (E7).

Porque era minha irmã e ela tinha muito leite, aí ela deu pro meu filho mamar (E20).

Porque a menina que deixa o neném comigo estava me ajudando a lavar roupa aí a filhinha dela chorou e ela pediu pra mim dar de mamar (E43).

Porque eu tinha que trabalhar (E46).

Minha irmã porque quando eu tive meu último filho deixaram algo dentro de mim ai tive que voltar pro hospital e nesse meio tempo ela tinha acabado de ter minha sobrinha, aí ela ficou em casa amamentando a filha dela e amamentou meu filho e isso durou duas suas semanas (E48).

Estes dados reforçam os achados do estudo de Nogueira (2009) que demonstra que as crianças amamentadas eram filhas de familiares ou amigas. Sendo assim, teve-se como razões a hipogalactia ou ausência materna. Considero que essa proximidade de relação/ajuda, ou seja, aleitar ou permitir aleitar crianças de parentes e/ou amigas esteja permeado pela cultura, visto que tal proximidade pressupõe que as pessoas comungam modos de vida e/ou estilos assim como crenças comuns.

❖ **Estar grávida *versus* infecções sexualmente transmissíveis: a cultura da não prevenção**

A presente subcategoria refere-se a questões como: a ausência do uso de preservativo devido a visão de que seu uso seja apenas contraceptivo; história ginecológica e obstétrica e métodos de contracepção. Considerando que as infecções pelos retrovírus HIV e HTLV 1/2 são IST e que também podem ser transmitidas através do leite humano, contraindicam assim a prática da amamentação.

A menarca ocorreu entre 09 e 16 anos, a sexarca 13 e 23 anos, a idade da primeira gestação foi entre 14 e 33 anos, vinte e oito gestantes afirmaram não ter planejado a gestação atual. Trinta e nove afirmaram terem ao ano um parceiro sexual, seguido de seis com dois, duas com três, duas com quatro e uma com dez.

Podemos perceber que existe uma aproximação entre as idades da menarca e da sexarca. O que demonstra que cada vez mais, a atividade sexual feminina ocorre mais cedo e que isso pode ter como resultado uma gravidez indesejada na adolescência. Nesse sentido, como medida para evitar tal fenômeno, e pensando em evitar tal fenômeno, é importante que a orientação sexual preceda o fenômeno da menarca e da sexarca para que haja um exercício da sexualidade consciente e responsável.

Dezenove participantes do estudo ficaram grávidas pela primeira vez ainda adolescentes com idades entre 14 e 17 anos. Estes dados reforçam achado de uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro (ASSIS et al, 2013) a qual se verificou aproximação entre o início da sexarca e a ocorrência da gestação, o que dificulta separar o exercício sexual da esfera reprodutiva.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2004, p.19) afirma que o planejamento familiar:

É um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem e casal, e orientam-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de **acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis de regulação da fecundidade** (grifo nosso).

Poli et al (2009, p. 459) define anticoncepção como métodos e técnicas com a finalidade de impedir que o relacionamento sexual resulte em gravidez, sendo um recurso do planejamento familiar para a constituição da prole desejada e programada de forma consciente, podendo ser reversível ou definitivos.

Segundo ao Ministério da Saúde (Brasil, 2012) são disponibilizadas no SUS as mulheres em idade fértil os seguintes métodos de contracepção: injetável mensal, injetável

trimestral, minipílula, pílula combinada, diafragma, pílula anticoncepcional de emergência (ou pílula do dia seguinte), Dispositivo Intrauterino (DIU), além dos preservativos.

Porém no estudo houve um grande predomínio para o uso do método de contracepção do contraceptivo oral combinado (COC) para vinte e oito gestantes, dez fizeram uso do preservativo, sete contraceptivos injetáveis, uma afirmou o uso da pílula do dia associado a preservativo e quatro não utilizavam nenhum método antes da gestação atual.

Fica clara a dicotomia entre a realidade contraceptiva das participantes do estudo, e o que é preconizado pelo órgão ministerial, pois para elas a possibilidade de contracepção ficou restrita a COC ou mesmo ausência de método.

Cabe destaque para a pílula do dia seguinte como método de contracepção rotineiro, já que o mesmo deveria ser usado apenas como método de emergência, ou seja, ser usada caso houvesse falha do método rotineiro, como por exemplo, rompimento do preservativo.

Sordis et al define a Anticoncepção de Emergência (AE) como sendo:

Um método hormonal indicado para evitar a gravidez depois de uma relação sexual desprotegida, **quando houver falha** no uso do método anticoncepcional ou no caso de violência sexual. Atua por meio da inibição ou retardamento da ovulação, alteração do transporte do espermatozoide ao óvulo, modificação do muco cervical e interferência na captação espermática (grifo nosso. 2012, p. 129).

A AE é um método não abortivo, como boa eficácia quando administrado até 72 horas após o coito desprotegido. A eficácia do método fica comprometida quando o uso ocorre após 72 horas e no caso de uso rotineiro (POLI et al, 2009).

Ao inquirir as gestantes sobre o uso do preservativo nas relações sexuais atuais, apenas oito faziam uso e quatro afirmaram uso esporádico. Os dados demonstram uma realidade á quem do desejado e torna-se preocupante uma vez que aumentam as notificações de doenças sexualmente transmissíveis no Brasil e no mundo.

É real na cultura brasileira um despreparo para lidar com as questões de cunho sexual e prevenir-se de infecções transmitidas pelo sexo e pelo leite materno. Em função disso, há o agravante de exposição do conceito como: HIV, HTLV 1/2, sífilis, hepatite B e C dentre outras.

Nery et al (2010, p. 780) afirma que as alterações fisiológicas do organismo materno podem mudar o curso das IST, bem como facilitar complicações obstétricas e neonatais. Desta forma é fundamental o uso do preservativo na gestação, visando assim à saúde do binômio mãe e filho. Precisamos abandonar a visão reducionista e biologista na qual a mulher é vista apenas pela sua função de perpetuação da espécie, ou seja, as únicas responsáveis pela contracepção e concepção. Sendo assim, é primordial o uso do preservativo, afinal quando

grávida não é só a saúde da gestante que está em jogo, mas também a saúde desse novo ser em formação.

Segundo perspectivas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013) para a ocorrência de IST no Brasil, acredita-se que seja de 10 a 12 milhões de casos novos por ano, devo ressaltar que as infecções com exceção de Aids e sífilis, são agravos subnotificados. Neste estudo, entre as participantes houve a ocorrência das seguintes IST: sífilis, HPV e herpes genital.

Segundo Sardinha et al (2010, p.177) a ocorrência de IST representa:

Risco aumentado de morbidade e mortalidade para o feto e o neonato, em virtude da transmissão vertical, podendo essas doenças estar associadas à gravidez ectópica, abortos, natimortos e prematuridade, além de infecções congênitas, perinatais e puerperais. Se essas doenças são diagnosticadas e tratadas precocemente e adequadamente, as consequências para a mãe e para o conceito podem ser minimizadas.

Segundo dados ministeriais sobre sífilis (Brasil, 2012) a prevalência em gestantes é de 1,6%. Foram notificados no SINAN 57.700 casos de sífilis em gestantes no período de 2005 e junho de 2012. Já considerando a taxa de detecção no Brasil como um todo temos 5,0 casos por 1.000 nascidos vivos e no Rio de Janeiro temos 10,8 casos. Nos últimos quatorze anos os casos diagnosticados de sífilis congênita em menores de um ano passaram de 3,3 a 9,8 casos por mil nascidos vivos.

A sífilis congênita é uma doença que pode ser evitada com os recursos disponíveis no pré-natal, e ainda nos dias atuais constitui-se em causa importante de morbimortalidade perinatal, sua ocorrência é considerada um evento sentinela e demonstra a qualidade insatisfatória na assistência de pré-natal. A triagem sorológica para a infecção por sífilis faz parte da rotina mínima de pré-natal brasileira. Sendo o diagnóstico sorológico feito por testes não treponêmicos VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e a confirmação por testes treponêmicos FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption) e TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination Assay). Já o tratamento é feito com a penicilina benzatina com doses de acordo com a fase da doença. Para que a terapêutica seja eficaz o antibiótico deve ser realizado até trinta dias antes do parto (AMARAL, 2012; DOMINGUES et al, 2013; DAMASCENO, 2014).

Constituem-se em dificuldades no manejo adequado da sífilis no pré-natal situações como: não tratamento dos parceiros sexuais e/ou no tratamento das próprias gestantes, início tardio do pré-natal, número insuficiente de consultas de pré-natal, dificuldade em abordagem a IST especialmente durante o ciclo gravídico, características sociais e culturais das gestantes,

antecedentes obstétricos de risco e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (DAMASCENO, 2014; DOMINGUES et al, 2013; DOMINGUES, HARTZ, LEAL, 2012).

Os principais desafios para o Brasil para diminuição das cifras de sífilis congênita é a acessibilidade ao diagnóstico, a efetiva e imediata administração da penicilina nas unidades de atenção básica no início do pré-natal e na 28ª semana de idade gestacional e o tratamento imediato do parceiro. No Brasil, do total de casos de sífilis congênita menos de 20% dos parceiros são tratados. (SBDST-BAHIA, 2014)

Segundo Jalil et al (2009) a infecção pelo Papilomavírus humano (HPV) apresenta ampla distribuição na população, sendo considerada a IST mais frequente mundialmente. Sua transmissão ocorre por exposição sexual, sendo geralmente observada em mulheres na idade reprodutiva, principalmente nos primeiros anos de atividade sexual. A papilomatose de laringe é uma complicação da transmissão materna fetal, com incidência de 2 a 43 casos em um milhão de crianças.

Segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) ocorrem aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo de câncer do colo de útero, e este é o quarto tipo de câncer mais comum na população feminina; logo, um grande responsável pelo óbito de 265 mil mulheres por ano (INCA 2014).

Considerando a saúde da mulher e a infecção pelo HPV, devemos considerar que existem mais de 200 tipos diferentes deste vírus. Entre estes, os que são potencialmente oncogênico representando assim risco a saúde da mulher são os sorotipos: HPV-16, HPV-18, HPV-31 e HPV-33 (BRASIL, 2006; FEDRIZZI, 2011).

Enquanto o vírus herpes simples (HSV) é comumente associados a lesão de membranas mucosas e pele, ao redor da cavidade oral e genital. Existindo o vírus do tipo 1 e do tipo 2, sendo o primeiro responsável por infecções na face e tronco enquanto o segundo relacionado a infecções na área da genitália (BRASIL, 2006).

Moroni, Tristão e Urbanetz (2011) afirmam que a infecção por vírus herpes simples (HSV) quando presente no período gestacional pode determinar uma de suas complicações de maior morbidade, o herpes neonatal.

O diagnóstico de uma IST traz a tona questões de gênero e cultura, as quais por vezes podem se entrelaçar (BAROSO & SOUZA, 2009). Esta é representada pela dificuldade feminina em dialogar com o parceiro o uso do preservativo nas relações sexuais, a submissão feminina ao desejo sexual masculino, assim como o comportamento passivo do homem e ativo da mulher no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva. Soma-se a tudo isto e a

ideia de “mulher não limpa” como principal fonte de doenças, ou seja, a cultura de IST ser “coisa de mulher”.

É preciso ressaltar que no caso das IST constituem em obstáculos em sua abordagem questões como: a automedicação, o constrangimento de estar com uma IST, a abordagem deficiente dos profissionais de saúde e as questões de gênero como a ausência de autonomia feminina advinda de padrões culturais patriarcais, acrescida do controle da sexualidade e da desigualdade de gênero (GOMES et al, 2011).

A carta magna da sociedade brasileira, promulgada em 1988, afirma no Capítulo I dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, no artigo 5º, parágrafo 1º que “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações e garante a todos tratamento igual perante a lei”.

Porém o que ainda vemos hoje são as ações de prevenção de IST centradas no sexo masculino representado pelo predomínio de preservativo, seja na disponibilização nas unidades de saúde ou nas campanhas na mídia em épocas preestabelecidas como o carnaval.

Desta forma defendo que a inserção do preservativo feminino associado a uma abordagem da saúde sexual e reprodutiva que privilegie a autonomia feminina, seja o caminho para uma igualdade entre homens e mulheres na esfera de prevenção de IST. Ressalto ainda que a política vigente se constitui em uma violência institucional contra a população feminina, violência essa perpetrada pelos gestores do sistema de saúde brasileiro.

❖ **O corpo como instrumento de alimento: a mulher resumida a um par de mamas**

A presente subcategoria traz a tona como às mulheres se veem no campo da amamentação, ou seja o seio apenas como instrumento de nutrição para o seu filho e associam sua alimentação com a amamentação, como observado nos fragmentos a seguir:

É tem as coisas da época da vovó, minha avó quando eu engravidei me dava muita **canjica** para dar leite durante e depois, nossa nunca comi tanta canjica na minha vida (E2)

Eu deixo às vezes de comer por que as pessoas falam que pode fazer mal, por exemplo **carré** minha avó tem essa mania que fala que pode dar alguma coisa na criança, muito refrigerante porque dá cólica, deixo de comer (E6)

A alimentação, **beber bastante água**, líquido que tudo passa pro leite (E12)

Canjica é bom né essas que dá leite (E18)

Comer verduras, eu não comia passei a comer agora (E29)

Evitar de comer algumas coisas pra não empedrar o leite, tipo evitar de tomar muito **refrigerante** de comer muita **gordura** porque passa tudo para o leite, **comer bastante legume**, tomar leite (E34)

Evidencio desta forma a mulher totalmente fragmentada. Observamos que no período da lactação a mulher enxerga seu seio apenas para a prática da lactação, sendo isto inclusive capaz de alterar seus hábitos alimentares, visando não prejudicar e/ou melhorar e aumentar a quantidade de leite produzida. Trazem a tona hábitos comungados entre gerações, como a ingesta de canjica na tentativa de estimular a produção láctea, ou seja, uma prática cultural.

O que corrobora os achados do estudo realizado por Franceschin et al (2011) o qual evidenciou que para a mulher na condição de nutriz o ato de alimentar-se é composto por alimentos permitidos e proibidos como, por exemplo, respectivamente alimentos saudáveis e alimentos reimosos. Neste sentido, existem alimentos lactogogos representado pelas canjicas e sopas.

Concordo com Braga (2004) quando este afirma que nossos hábitos alimentares fazem parte de um sistema cultural repleto de símbolos e associações atribuídos pela sociedade. Estes são passados de gerações em gerações, regulando assim o comportamento dos indivíduos. E nos fragmentos anteriores isto fica muito claro em especial no momento em que a canjica e o carré são citados.

As participantes deste estudo conservam em relação aos seus seios uma visão medicalizada; Em nenhum momento fazem referências aos benefícios da amamentação em prol da sua saúde e consideram o seio como alimento do lactente, como se fosse uma parte do corpo que não pertence a elas.

A medicalização de aspectos da vida cotidiana feminina como: a gravidez e a amamentação é fato antigo na humanidade constituindo-se em uma tentativa para normatizar o comportamento social (VIEIRA, 1999; MOREIRA & NAKANO, 2002). Os dados desse estudo demonstram que ainda hoje a medicalização é muito forte dentro da sociedade feminina, a sociedade atribui a mulher a função sagrada de única responsável pela educação dos filhos e da preservação da instituição família através de práticas que possam conservar a moral e bons costumes do lar, como por exemplo a amamentação.

Considero que ocupar-se da alimentação e dos cuidados com o filho em detrimento a não se reconhecer como “ser mulher” remete ao “mito do amor materno” e incondicional à prole. O estudo de Nakano (2003) exemplifica isso quando afirma que a maternidade é dever, responsabilidade e resignação e a condição de “boa mãe” é representada pela amamentação. Desta forma para as mulheres deste estudo o seio é desprovido de função sexual mas de alimento.

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após vivenciar intensamente, durante os últimos dois anos do Curso de Mestrado o **objeto deste estudo** - fatores sociais e culturais que influenciam o aleitamento materno cruzado, saio ainda mais inquieta e diferente de quando entrei. Diferença essa que me proporcionou questionamentos internos e um movimento interno ao pensar nas questões que envolvem o corpo mental e físico da mulher.

Cada vez que evoluía na pesquisa e nas leituras os questionamentos tornavam-se mais fortes e evidentes, de fato o período do mestrado além de crescimento profissional, proporcionou-me também evolução pessoal, pois como mulher passei a questionar-me de situações antes nunca imaginadas no auge dos meus 35 anos e ainda não vividas como a experiência da gestação, maternidade e lactação e como este período pode influenciar sobremaneira na vida da mulher.

E agora ao finalizar o estudo os questionamentos não se fecham, e considero que eles ajudam a compreender a realidade vivenciada pelas mulheres do estudo, deixando-me mais disponível para colocar-me no lugar do outro.

Utilizar os conceitos da Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger possibilitou conhecer a realidade de vida das mulheres que participaram deste estudo e podemos observar que a população estudada pertence a um estrato social pouco privilegiado e isso é verificado pelo baixo poder aquisitivo das mulheres e suas famílias, assim como pela grande quantidade de participantes fora do mercado formal de trabalho, baixo nível educacional.

Através da enfermagem antropológica percebo que não há como pensar em promoção de saúde e a reflexão sobre práticas que podem ser prejudiciais a saúde, como o aleitamento materno cruzado sem considerar seu ambiente CULTURAL. Afinal o que é a cultura? Esse estudo comprova que o elemento cultural, pode ser tão forte na vida das mulheres que mesmo aquelas poucas que foram orientadas sobre aleitamento materno cruzado, ainda assim permitem que seu filho fosse aleitado por outra mulher ou aleitam o filho de alguém, ou seja, a cultura é algo capaz de superar o poder do conhecimento científico.

O estudo permite concluir que contribuem para o aleitamento materno cruzado situações como: a massificação na sociedade dos benefícios do aleitamento materno associado à condição de “boa mãe”, a baixa escolaridade das participantes, a importância da rede de apoio no momento do aleitamento, que nesta pesquisa é representada por vizinhas e parentas.

A pesquisa deixa como recomendação do estudo repadronização do ensino e orientações na esfera do aleitamento materno, para uma abordagem ampla que considere o desejo feminino em aleitar e as infecções que podem influenciar na saúde da criança, ou seja, ensino e orientações que privilegiem a PRÁTICA SEGURA do aleitamento materno; inclusão de triagem sorológica no pré-natal para a infecção pelo vírus do HTLV e criação do programa de distribuição de fórmula láctea para filhos(as) de mulheres com a infecção pelo vírus do HTLV.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, A.C.F.V. Amamentação uma prática que precisa ser aprendida. **Pediatria (São Paulo)** 2006;28(2):79-80. Disponível em: <http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1162.pdf>. Acesso: 06 out 2014.

ABUD A.C.F, SANTOS T.L, INAGAKI A.D.M. Vulnerabilidade as doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres com alta escolaridade. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 502-05, out., 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/revista/v17n4/v17n4a08.pdf>. Acesso em 24 de ago. 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução RCD Nº221 de 05 Agosto de 2002**. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/48418b804745973b9f88df3fbc4c6735/rdc_221.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em 14 de ago. de 2014.

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora, FIOCRUZ, 1999.

ALMEIDA, J.A.G; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal De Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n.5 (supl), p.119-25, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a02>. Acesso em: 14 ago. 2014. Acesso em: 24 ago. 2014.

ALVES. D.S. et al. A importância do pré-natal e assistência de enfermagem. **VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências** - v. 3, n. 2 - julho a dezembro de 2010. Disponível em: <http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/view/98/211>. Acesso: 07 out 2014.

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2012; 34(2):52-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a02v34n2.pdf>. Acesso em 18 out 2014.

ARAÚJO et al. O papel imunológico e social do leite materno na prevenção de doenças infecciosas e alérgicas na infância. **Rev. RENE. Fortaleza**, v. 7, n. 3, p. 91-97, set./dez.2006.

ARAÚJO M.F.M. et al. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do projeto carteiro amigo da amamentação de 1996 a 2002. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v, 3, n.2, p. 195-04, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a10v03n2.pdf>. Acesso em: 14 de ago. de 2014.

ASSIS, M.R. et al. A gravidez na adolescência e sua relação com a prática do sexo seguro. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, v.7, n.4, p.321-7, abr., 2013. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3028/pdf_2355. Acesso: 01 agosto 2014.

ASSIS, M.R. **Prática do sexo seguro em gestantes soropositivas ao HIV e a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis**. 2013. 55f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Clínica e Cirúrgica - nos moldes de residência). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

AVELINO, M.M; OLIVEIRA, S.R. Soroprevalência do vírus linfotrópico – T humano tipo I entre gestantes em Goiânia, GO, Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2006; 28(8): 467-72. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n8/05.pdf>. Acesso em 24 nov 2014.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: Novas Perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina(org.). **Promoção de Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003; p.117-139.

BACKES, M.T.S et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):111-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>. Acesso em 14 nov 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa (Po): Editora Edições. 2011.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo de saúde doença: a que responde o modelo biomédico. **Sociedade e Saúde.** 11 (1):67-84.2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf>. Acesso em 14 nov 2014.

BARROSO, M.GT. SOUSA, L.B. DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** 2009 jan-mar; 13 (1): 123-130. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a17>. Acesso em 23 nov 2014.

BOSSI, M.L.M; MACHADO, M.T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos Esp - Escola De Saúde Pública Do Ceará**, Ceará, v. 1, n. 1, p. jul./ dez., 2005. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/4>. Acesso em: 13 ago. 2014.

BRAGA, V. Cultura alimentar: contribuições da antropologia da alimentação. **SAÚDE REV., Piracicaba**, 6(13): 37-44, 2004. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude13art05.pdf>. Acesso em 14 nov 2014.

BRASIL. **1ª Conferência Internacional sobre promoção de saúde.** Carta de Ottawa 1986. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em 23 nov 2014.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil** – promulgada em 05 outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em 23 nov 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria MS\GM Nº 1016, de 26 de Agosto de 1993.** Dispõe: sobre as normas básicas para implantação do sistema de alojamento conjunto. Disponível em: http://www.fiocruz.br/redeblh/media/cd08_20.pdf. Acesso em: 02 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2415 de 12 de dezembro de 1996.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2415_12_12_1996.html. Acesso em 07 out 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal – Manual Técnico**. Brasília. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 59/GM de 28 de janeiro de 2003**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-59.htm>. Acesso em: 22 de ago. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 4ª edição. Brasília. Editora: Ministério da saúde, 2004. p.334.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 34 de Julho de 2005**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0034_28_07_2005.html. Acesso em: 22 de ago. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília. Editora: Ministério da saúde, 2006. p. 197.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção vertical de HIV e sífilis – manual de bolso**. Brasília. Editora: Ministério da saúde, 2007. p.178.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil – Aleitamento Materno e alimentação complementar**. Brasília. Editora: Ministério da saúde, 2009. p.112.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso**. 8ª edição: Brasília. Editora: Ministério da saúde, 2010. p. 444.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de sífilis 2012**. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52537/boletim_sifilis_2012_pdf_26676.pdf. Acesso em: 18 out 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS. Ano II Nº01 – até a semana epidemiológica 26ª – dezembro de 2013**. Brasília. Editora: Ministério da saúde, 2013. p.68.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notícia sobre disponibilização de métodos contraceptivos disponibilizados no SUS**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/03/sus-oferece-oito-opcoes-de-metodos-contraceptivos>. Acesso em 14 out 2014.

CARAMELLI; PROIETTI ; ROMANELLI, 2010 O vírus linfotrópico de células T humanos tipo 1 (HTLV-1): Quando suspeitar da infecção? **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.56 nº.3 São Paulo 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000300021&script=sci_arttext. Acesso em 23 nov 2014.

CARDOSO, Antônio José Costa et al . Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em Aids. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102007000900016&script=sci_arttext. Acesso em: 02 fev.. 2013.

CARNEIRO-PROIETTI, A.B.F et al. Infecção e doença pelos vírus linfotrópico humanos de células T (HTLV-I/II) no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**,

Uberaba, v. 35, p. 499-08, set./out., 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822002000500013&script=sci_arttext. Acesso em: 22 de ago. de 2014.

COSTA. G.D. et al. Avaliação do cuidado a saúde da gestante no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. 14(Supl. 1):1347-1357, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a07v14s1.pdf>. Acesso 07 out 2014.

COTTA, R.M.M; MARQUES, E.S; PRIORE, S.E. Mitos e crenças sobre aleitamento materno.. **Ciência & Saúde Coletiva**, Viçosa, v. 16 n.05, p.2461-68, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a15v16n5.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2014.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina(org.). **Promoção de Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. P 39.53.

DAMASCENO, A.B.A et al. Sífilis na gravidez. **revista.hupe.uerj.br**. Disponivel em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=500. Acesso em 23 nov 2014.

DIAS, M.S.A; ARAUJO, T.L; BARROSO, M.G.T. Desenvolvendo o cuidado proposto por Leininger com uma pessoa em terapia dialítica. **Rev Esc Enferm USP** 2001; 35(4): 354-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a06>. Acesso em 23 nov 2014.

DOMINGUES R.M.S.M; HARTZ Z.M.A; LEAL, M.C. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência de pré-natal da rede publica do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 12 (3): 269-280 jul. / set., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n3/a07v12n3.pdf>. Acesso em: 18 out 2014.

DOMINGUES R.M.S.M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência de pré-natal. **Rev Saúde Pública** 2013;47(1):147-57. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v47n1/19.pdf>. Acesso em 18 out 2014.

ESCOBAR, A.M.U et al. Aleitamento materno e condições socioeconômica-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, 2 (3): 253-261, set. - dez., 2002. 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1519-38292002000300006&script=sci_arttext. Acesso em 10 nov 2014.

ESPINDOLA, T; PENNA, L.H.G; PROGIANTI, J.M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta de pré-natal de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP** 2006; 40(3):381-8. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/265.pdf>. Acesso em 24 nov 2014.

FRANÇA G.V.A et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Rev Saúde Pública** 2007;41(5):711-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5802.pdf>. Acesso em 10 nov 2014.

FRANCESCHIN, S.C.C et al. Representações sociais sobre a alimentação da nutriz. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(10):4267-4274,2011. Disponível em: . acesso em 14 nov 2014.

FREDIZZI EM. Epidemiologia da infecção genital pelo HPV. **Rev Bras Pat Trato Gen Inf** 2011;1(1):3-8. Disponível em : <http://projeto HPV.com.br/projeto HPV/wp-content/uploads/2011/03/RBPTGI-Epidemiologia-2011.pdf>. Acesso em 23 nov 2014.

GALVÃO-CASTRO, B. et al. Epidemiologia e origem do HTLV-I em Salvador Estado da Bahia: A cidade com mais elevada prevalência desta infecção no Brasil. **Gazeta Médica da Bahia**, Bahia, v.79, n.1, p.3-10, jan./dez., 2009. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/1053>. Acesso em 24 ago. 2014.

GIL. A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª edição – São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, V.L.O et al. Percepções de casais heterossexuais acerca do uso da camisinha feminina. **Esc. Anna Nery** vol.15 nº.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000100004&script=sci_arttext. Acesso em 23 nov 2014.

GUERREIRO E.M et al. Educação em saúde no ciclo gravídico puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Rev Bras Enferm.** 2014 jan-fev; 67(1): 13-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0013.pdf>. Acesso em: 18 out 2014

HASHIMOTO, S. et al. Fatores sociais de desmame precoce: estudo qualitativo. **Pediatria (São Paulo)**. 2010;32(2):113-20. Disponível em: <http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1341.pdf>. Acesso em 23 nov 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. 1999. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/evolucao_mortalidade.pdf. Acesso em: 14 de ago. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle de câncer do colo do útero**. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude. Acesso em 18 out 2014.

JALIL, E.M et al. Infecção pelo papilomavírus humano durante a gravidez: o que há de novo. **FEMINA**. Março 2009. vol 37. nº 3. P.131-35. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina-v37n3-p131.pdf>. Acesso em: 24 nov 2014.

LAMOUNIER, J.A. Promoção ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 72, n.6, p. 363-68, 1996. Disponível em: <http://www.jpmed.com.br/conteudo/96-72-06-363/port.pdf>. Acesso em: 14 de ago. de 2014.

LAMOUNIER, J.A; MOULIN, Z.S; XAVIER, C.C. 2004. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. **Jornal de Pediatria** - Vol. 80, Nº5(supl), 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a10.pdf>. Acesso em 23 nov 2014.

LEAL, L.P et al. Técnica da amamentação: preparo das nutrizes atendidas em um hospital escola, Recife-PE. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011; 12 (n. esp.):1021-27.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity & universality: a theory of nursing**. New York (US): National League for Nursing Press; 1991

LEININGER, M. M.; FARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality – a worldwide nursing theory**. 2º Ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2006.

LEITE, J.L.; NUNES, P.H.S; XAVIER, I.M. Enfermagem e AIDS: Saber e Paradigma. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 65-73, jan., 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n1/v5n1a08.pdf>. Acesso em: 14 de ago. de 2014.

MARTINS C.C. et al. Fatores de risco materno e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. **Revista Bahiana de Saúde Pública**. v.35, supl.1, p.167-178 jan./jun. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSupl1/a2307.pdf>. Acesso em 10 nov 2014.

MELO, M.AG. **HTLV em gestantes de dois municípios da região sul da Bahia e avaliação da transmissão materno infantil**. 2014. 91 f. Tese (Curso de Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa), Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz, Salvador, 2014. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/7629/1/Marco%20Antonio%20%20Gomes%20Mello.%20HTLV%20em%20gestantes...2014.pdf>. Acesso em: 23 de ago. de 2014.

MELO, M.F.C et al. Soroprevalência do vírus linfotrópico de células T humanas em comunidade ribeirinhas da região nordeste do Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde**, Pará, v. 1, nº.3, p.103-08, 2010. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S2176-62232010000300014&script=sci_arttext. Acesso em: 22 de ago. de 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª edição. São Paulo: Hucitec-Abrasco.

MORANI, R.M; TRISTÃO E.G; URBANETZ A.A. Infecção por vírus herpes simples na gestação: aspectos epidemiológicos, diagnósticos e profiláticos. **FEMINA**. Julho 2011. vol 39 | nº 7. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n7/a2690.pdf>. Acesso em 18 out 2014.

MOREIRA, K.F.A; NAKANO, A.M.S. Aleitamento materno: instintivo? Natural? O paradigma biológico x os direitos reprodutivos em discussão. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 685-690, nov.ldez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n6/v55n6a10.pdf>. Acesso em 23 nov 2014.

NAKANO, A.M.S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: no limite de ser “o corpo para o filho” e de ser “ o corpo para si”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S355-S363, 2003.

NASCIMENTO, M.A.L. et al. O MARKETING TELEVISIVO E A ENFERMAGEM (Uma luta desigual na orientação sobre o HIV e a aleitamento materno cruzado). **Revista Enfermagem Brasil**, Rio de Janeiro, nº 1, nov./dez., 2002.

NERY, J.A.C. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **An Bras Dermatol.** 2010;85(6):767-85. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S036505962010000600002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 07 out 2014.

NOGUEIRA, C.M.R. **Conhecimento sobre aleitamento materno de parturientes e prática de aleitamento materno cruzado na Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo de Souza – Horizonte – Ceará.** Dissertação de Mestrado Modalidade Profissional em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):569-76. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>. Acesso em 24 nov 2014.

OLIVEIRA, S.R; AVELINO, M.M. Importância da infecção pelo vírus linfotrópico-humano tipo 1 (HTLV 1), síndromes clínicas associadas e transmissão vertical. **Revista de Patologia Tropical**, Goiás, v. 36, n. 1, p.17-34, jan./abr., 2007. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/1813/1732>. Acesso em: 16 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estimativa de casos novos de DST no Brasil.** Disponível em: <http://soropositivo.org/oms-estima-entre-10-a-12-milhoes-de-casos-novos-de-dst-por-ano-no-brasil.html>. Acesso em: 11 out 2014.

PACE, F.S. **A influencia da feminização da Aids sobre a prática da enfermeira em relação ao aleitamento materno.** 2011. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

PAIVA, M.S et al. Produção científica sobre DST\HIV\AIDS: análise dos periódicos de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 1, p. 423-35, jan./abr. 2012. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5781/5991>. Acesso em: 01 agosto 2014.

PEDROSA, K.J. Conhecimento das puérperas sobre aleitamento cruzado. **Revista do Centro Universitário Barão de Mauá**, v.1, n.2, jul/dez 2001. Disponível: <http://www.baraodemaua.br/comunicacao/publicacoes/jornal/v1n2/artigo03.html>. Acesso em: 01 out 2014.

POLI, M.E.H. et al. **Manual de anticoncepção da FEBRASCO.** Disponível em: http://febrasgo.luancomunicacao.net/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v37n9_Editorial.pdf. Acesso em: 14 out 2014.

PUTTINI, R.F; JUNIOR, A.P; OLIVEIRA, L.R. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem psicossocial e auto-organização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [2]: 753-767, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a04.pdf>. Acesso em 14 nov 2014.

RITTO, C. O IBGE e a religião – Cristão são 86,8% do Brasil: católicos caem para 64,6% e evangélicos são 22,2%. **Revista VEJA on line**. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/geral/o-ibge-e-a-religiao-%E2%80%93-cristaos-sao-868-do-brasil-catolicos-caem-para-646-evangelicos-ja-sao-222/>. Acesso em 10 nov 2014.

ROMANELLI, L.C; CARAMELLI, P; PROIETTI, A.B.F . Vírus linfotrópico de células T humano (HTLV1): quando suspeitar da infecção?. **Rev Assoc Med Bras**, Belo Horizonte, v.56, n.3, p.340-7, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n3/v56n3a21.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2014.

SARDINHA, J.F.J et al. Prevalência de infecção por HIV, HTLV, VHB e de sífilis e clamídia em gestantes numa unidade de saúde terciária na Amazônia ocidental brasileira. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2010; 32(4):176-83 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032010000400005&script=sci_arttext. Acesso em 23 nov 2014.

SBDST-BAHIA, **Boletim SBDST-BAHIA** – Ano 2 Número 01 – Outubro de 2014

SCHAURICH, D. Dos grupos de risco à vulnerabilidade: reflexões em tempos de HIV/Aids. **Revista Contexto & Saúde**, Rio Grande do Sul, n. 06, p.115-27, jan./jun., 2004. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1325/1097>. Acesso em: 22 ago. 2014.

SILVA, A.A.M. **Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira**. 1990. 236f. Dissertação. Ribeirão Preto. Universidade Federal de São Paulo; 1990.

SILVA, L. R. **O Cuidado de Enfermagem na Dimensão Cultural e Social: História de vida de mães com sífilis**. 2003. 179f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, L. R. **Fatores sociais e culturais que interferem no diagnóstico e tratamento de homens e mulheres com sífilis**. Relatório de Pós-doc. UFBA, 2014.

SORDI, T. et al. Pílula do dia seguinte: uma alternativa segura. **Revista Thêma et Scientia** – Vol 2, Nº 2, jul/dez 2012. Disponível em: <http://www.fag.edu.br/admfag/php/arquivo/1381778773.pdf>. Acesso em: 14 out 2014.

TAMEZ, R. CARVALHO, M.R. **Amamentação bases científicas**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TEIXEIRA, M.A. **Soropositividade de mulheres para os vírus HIV e HTLV: significados do contágio pelo leite materno**. 2009. 259f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2009.

VENÂNCIO, S.I et al. Análise de implementação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio

de Janeiro, v. 29, n.11, p. 2261-74, nov., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/13.pdf>. Acesso em: 14 de ago. de 2014.

VIEIRA, E.M. A medicalização do corpo feminino. In: **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você esta sendo convidada a participar do projeto de pesquisa intitulado: Fatores sociais e culturais que influenciam na prática do aleitamento materno cruzado: subsídios para a enfermagem , por que você possui o perfil desejado as participantes do estudo, ou seja, é gestantes usuárias do serviço. A presente pesquisa está articulada ao desenvolvimento de minha Dissertação de Mestrado em Enfermagem, que será apresentada à Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Objetivo desta pesquisa: 1) Analisar os fatores sociais e culturais que podem levar as gestantes ao aleitamento materno cruzado. Você será submetida à aplicação de um formulário que permitirá sua identificação, conhecer seu histórico gineco-obstétrico e conhecer seu perfil social e cultural.

As respostas serão gravadas em áudio, utilizando como recurso tecnológico um aparelho de MP4 e posteriormente transcritas. Somente a pesquisadora e a orientadora terão acesso às gravações. Em nenhum momento a participante será exposta a riscos causados pela participação no estudo ou sua entrevista será identificada. A qualquer momento a participante poderá recusar participar desta pesquisa e anular o consentimento assinado, sem nenhum prejuízo para sua pessoa, assim como não terá nenhum tipo de despesa ou gratificação pela referida participação nesta pesquisa.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, a Senhora deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 3971-1463. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, concordo em participar do estudo intitulado Fatores sociais e culturais que influenciam na prática do aleitamento materno cruzado: subsídios para a enfermagem. Eu fui completamente orientado pela Enfermeira Michelle Ribeiro de Assis, que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração.

Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia da folha de informações para as participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, e informar a pesquisadora da pesquisa em questão sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Investigador: Nome

Data

Assinatura

Participante: Nome

Data:

Assinatura

Pesquisador responsável: Michelle Ribeiro de Assis Cel.(21)993722466. E-mail: mraunirio@gmail.com

Orientadora da Pesquisa: Profª Drª Leila Rangel da Silva Cel.(21)994690139 E-mail: rangel.leila@gmail.com

Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Tel.39711663 (atendimento de 2ª a 5ª feiras das 09 às 13 h.). E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br
cepsmsrj@yahoo.com.br

APÊNDICE B - Formulário Social e Cultural e História Ginecológica e Obstétrica

1ª PARTE: Dados Sociais e Culturais

Cor: branca () negra () parda () outra: _____

Naturalidade: Bairro

Idade

Profissão

Estado civil: () Casada () Solteira () União Estável () Outro

Escolaridade

2ª PARTE: História Ginecológica e Obstétrica

Menarca: Sexarca:

Idade da primeira gestação: Gesta: Para: Aborto: IG

Número de filhos vivos:

Método contraceptivo antes desta gestação:

Planejou a gestação () Sim () Não

Número de consultas de pré-natal: _____

Local onde iniciou o pré-natal: _____

Quais os profissionais envolvidos em seu pré-natal:

() enfermeiros () médicos () nutricionista () assistente social () outros: _____

APÊNDICE C - Questionário

Prática sexual

- 1-Você sabe o que é a prática do sexo seguro? Sim () Não () Caso positivo o que é?
- 2- Você utiliza preservativo em todas as relações sexuais?
 Sim () Não () Às vezes ()
 Caso positivo, qual preservativo que usa () feminino () masculino
- 3 - Você considera que existe alguma dificuldade para usar preservativos:
 Sim() Não() Se sim, quais as dificuldades?
- 4-Quantos parceiros sexuais você teve no último ano?]

Aleitamento materno

- 1-Já amamentou outros filhos? () Sim Não ()
- 2-Por quanto tempo amamentou seus filhos?
 1º filho:___ anos tempo de amamentação: _____
 2º filho:___ anos tempo de amamentação: _____
 3º filho: ___anos tempo de amamentação: _____
 4º filho: ___anos tempo de amamentação: _____
 5º filho: ___anos tempo de amamentação: _____
- 3-Você recebeu informações sobre a amamentação durante seu pré-natal?
 Sim() Não() Se sim quais foram às informações?
- 4-Você recebeu algum material educativo a respeito do aleitamento materno?
 Sim() Não()
- 5- O que você como mãe faz que pensa ajudar no momento de amamentar seu filho?
- 6-Você considera amamentar importante? Sim() Não() Caso positivo, por quê?
- 7-Algum profissional conversou com você sobre não permitir que outra mulher seja ela mãe, irmã, prima ou vizinha amamentasse seu filho?
 Sim() Não() Caso positivo qual profissional?
 Caso positivo, quais foram às informações recebidas
- 8-Já permitiu que outra mulher, seja ela mãe, irmã, prima ou vizinha amamentasse seu filho?
 Sim() Não() Caso positivo quem foi que amamentou seu filho e porque?
- 9-Você já amamentou o filho de alguém?
 Sim() Não() Caso positivo quem foi que você amamentou e porque?
- 10-Você sabe quais as doenças podem ser transmitidas pelo ato de amamentar?
 Sim() Não() Caso positivo quais são?

ANEXO A - Formulário Cultural e Social

Rio de Janeiro, de 2014.	Hora:
Identificação:	
Perfil Sócio-econômico-cultural	Respostas
Tecnológicos	
Possui luz na residência?	
Possui água na residência?	
Qual a forma de transporte?	
Possui algum eletrodoméstico?	
Religião e Filosofia	
Em que religião foi criada?	
Qual religião pratica agora?	
Companheirismo e Sociais	
Você vive com alguém?	
Há quanto tempo?	
Modos de vida	
Quem mora na sua casa?	
Como é sua casa?	
Quem mora em que cômodos?	
Hábito noturno?	
Hábito diurno?	
Local onde dorme?	
Possui banheiro dentro de casa?	
Políticos e Legais	
Qual o líder político?	
Sistema de liderança local?	
Econômicos	
Fonte de renda da família	
Fonte de renda da pesquisada	
Quem contribui na renda	
Educacionais	
Você estudou?	
Frequentou a escola até quando?	
Interrompeu os estudos por quê?	
Drogas lícitas e ilícitas	
Álcool	
Fumo	
Drogas	

ANEXO B - Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prática sexual e sua relação com aleitamento materno: cuidado de enfermagem no pré-natal.

Pesquisador: MICHELLE RIBEIRO DE ASSIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23535013.4.3001.5279

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 604.834-0

Data da Relatoria: 13/12/2013

Apresentação do Projeto:

O objeto desta investigação é a prática sexual e sua relação com o aleitamento materno, e está em conformidade com a Resolução 466\2012 do

Conselho Nacional de Saúde. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratória descritiva. Objetivos: a) Conhecer as informações

fornecidas as gestantes sobre aleitamento materno durante o pré-natal; b) Descrever o conhecimento das gestantes sobre as doenças infecciosas

que podem ser transmitidas através do leite materno e c) Analisar os fatores culturais e sociais que envolvem a prática do aleitamento materno entre

gestantes e sua relação com a prática sexual. Os sujeitos serão gestantes atendidas no serviço de pré-natal de um Centro Municipal de Saúde

localizado na zona norte do município o Rio de Janeiro. Como instrumento de coleta de dados serão formulários e entrevista. A análise dos dados

será respaldada no referencial teórico da Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

Objetivo da Pesquisa:

a. Conhecer as informações fornecidas as gestantes sobre aleitamento materno durante o pré-natal. b. Descrever o conhecimento das gestantes

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-901

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3971-1463

Fax: (21)2293-4826

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 604.834-0

sobre as doenças infecciosas que podem ser transmitidas através do leite materno. c. Analisar os fatores culturais e sociais que envolvem a prática do aleitamento materno entre gestantes e sua relação com a prática sexual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Ressalto que as participantes estarão expostas a riscos mínimos como, por exemplo, o risco de exposição emocional por revelarem aspectos íntimos de sua vida.

Benefícios:

O estudo contribuirá para a prática consciente da amamentação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e está bem referenciada.

No entanto, não ficou claro a faixa etária das pessoas voluntárias da pesquisa e se for trabalhar com menores de idade deveria ter TCLE específico com termo de assentimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Quanto aos termos obrigatórios faltaram ser apresentados as declarações negativas de custos/orçamento, bem como os Currículos Lattes da pesquisadora e de sua orientação (1ª página).

O TCLE atual precisa ser reescrito com os contatos do CEP da SMS.

Recomendações:

Realizar TCLE específico para menores de idade com termo de assentimento.

Apresentar as declarações negativas de custos/orçamento, bem como os Currículos Lattes da pesquisadora e de sua orientação (1ª página).

Colocar nos TCLEs os contatos do CEP da SMS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa será aprovada mas solicitamos que o pesquisador realize as solicitações das recomendações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-901
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463 Fax: (21)2293-4826 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 604.834-0

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 12 de Abril de 2014

Assinador por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Este parecer reemitido substitui o parecer número 604834 gerado na data 30/12/2013 13:30:04, onde o número CAAE foi alterado de 23535013.4.0000.5285 para 23535013.4.3001.5279.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-901
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463 **Fax:** (21)2293-4826 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br