REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS VIVENDO COM HIV SOBRE A ALIMENTAÇÃO SUBSTITUTIVA DE RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS AO HIV EM UM HOSPITAL DA AMAZÔNIA

PERCEPTIONS OF POSTPARTUM WOMEN LIVING WITH HIV ABOUT REPLACEMENT FEEDING OF HIV-EXPOSED NEWBORNS IN A HOSPITAL IN THE AMAZON

PERCEPCIONES DE PUÉRPERAS QUE VIVEN CON VIH SOBRE LA ALIMENTACIÓN SUSTITUTIVA DE RECIÉN NACIDOS EXPUESTOS AL VIH EN UN HOSPITAL DE LA AMAZONÍA

Marcos Lá Roque da Costa Filho
Mestrando em Gestão e Saúde na Amazônia,
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil
E-mail: marcoslaroque@hotmail.com

Horácio Pires Medeiros
Doutor em Biologia Parasitária na Amazônia,
Universidade do Estado do Pará, Brasil
E-mail: horacio_medeiros@yahoo.com.br

Heliana Helena de Moura Nunes
Doutora em Enfermagem,
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: heliana_moura@hotmail.com

Aurimery Gomes Chermont
Doutora em Saúde Coletiva,
Universidade Federal de São Paulo, Brasil
E-mail: agchermont@gmail.com

Xaene Maria Fernandes Duarte Mendonça
Doutora em Tecnologia de Processos Químicos e Bioquímicos,
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: xaene@ufpa.br

Elisângela da Silva Ferreira
Doutora em Engenharia de Recursos Naturais da Amazônia,
Universidade Federal do Pará, Brasil
E-mail: licalipe8@yahoo.com.br

Elyade Nelly Pires Rocha Camacho
Doutora em Doenças Tropicais,
Universidade Federal do Pará, Brasil
E-mail: elyadenprc@gmail.com

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

Resumo

Objetivo: compreender a percepção de puérperas vivendo com HIV acerca da alimentação substitutiva do recém-nascido exposto ao vírus em um hospital de referência na Amazônia. **Método:** estudo descritivo-exploratório, qualitativo, realizado no alojamento conjunto de um hospital público de Belém, Pará, com 16 puérperas. Os dados foram obtidos por formulário de caracterização e entrevista semiestruturada, submetidos à estatística descritiva e à análise de conteúdo temática de Bardin, com triangulação entre três analistas. O relato segue o COREQ. **Resultados:** a idade média foi de 29,4 anos; 11 das 16 participantes referiram renda familiar de até um salário mínimo e 12 conheciam o diagnóstico antes da gestação. Emergiram quatro categorias: saberes sobre a transmissão vertical e lacunas educativas no pré-natal; a contraindicação do aleitamento entre a proteção e o sofrimento; a fórmula pronta no hospital e as lacunas no saber-fazer do preparo; e fontes de informação e demandas por orientação. Quatorze das 16 participantes não reconheceram o termo técnico "transmissão vertical", embora várias descrevessem de modo parcial o risco de passagem do vírus para a criança; oito relataram não ter recebido orientação sobre o tema no pré-natal e dez não souberam descrever o preparo da fórmula, parte delas declarando não ter dúvidas. **Conclusão:** as participantes reconhecem a contraindicação do aleitamento, mas apresentam compreensão incompleta de seus fundamentos e conhecimento frágil sobre o preparo seguro da fórmula, sustentado sobretudo por experiências anteriores. A internação constitui oportunidade para educação demonstrativa, com linguagem acessível e acolhimento do sofrimento relacionado à impossibilidade de amamentar.

Palavras-chave: Transmissão Vertical de Doença Infecciosa; HIV; Período Pós-Parto; Fórmulas Infantis; Enfermagem Obstétrica.

Abstract

Objective: to understand the perception of postpartum women living with HIV regarding replacement feeding of HIV-exposed newborns in a referral hospital in the Brazilian Amazon. **Method:** descriptive-exploratory qualitative study conducted in the rooming-in unit of a public hospital in Belém, Pará, Brazil, with 16 postpartum women. Data were collected through a characterization form and semi-structured interviews, analyzed using descriptive statistics and Bardin's thematic content analysis, with triangulation among three analysts. Reporting follows COREQ. **Results:** mean age was 29.4 years; 11 of the 16 participants reported family income of up to one minimum wage and 12 knew their diagnosis before pregnancy. Four categories emerged: knowledge about vertical transmission and educational gaps in prenatal care; the contraindication of breastfeeding between protection and suffering; ready-made formula in the hospital and gaps in preparation know-how; and information sources and demands for guidance. Fourteen of the 16 participants did not recognize the technical term "vertical transmission", although several partially described the risk of passing the virus to the child; eight reported receiving no prenatal guidance on the subject and ten could not describe how to prepare infant formula, some of them stating they had no doubts. **Conclusion:** participants recognize the contraindication of breastfeeding but have incomplete understanding of its rationale and fragile knowledge about safe formula preparation, sustained mainly by previous experience. Hospital stay is an opportunity for demonstrative education, with accessible language and support for the suffering related to the impossibility of breastfeeding.

Keywords: Infectious Disease Transmission, Vertical; HIV; Postpartum Period; Infant Formula; Obstetric Nursing.

Resumen

Objetivo: comprender la percepción de puérperas que viven con VIH acerca de la alimentación sustitutiva del recién nacido expuesto al virus en un hospital de referencia de la Amazonía brasileña. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio, cualitativo, realizado en el alojamiento conjunto de un hospital público de Belém, Pará, Brasil, con 16 puérperas. Los datos se obtuvieron mediante formulario de caracterización y entrevista semiestructurada, se sometieron a estadística descriptiva y

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

al análisis de contenido temático de Bardin, con triangulación entre tres analistas. El reporte sigue el COREQ. **Resultados:** la edad media fue de 29,4 años; 11 de las 16 participantes refirieron ingreso familiar de hasta un salario mínimo y 12 conocían el diagnóstico antes del embarazo. Emergieron cuatro categorías: saberes sobre la transmisión vertical y lagunas educativas en el control prenatal; la contraindicación de la lactancia entre la protección y el sufrimiento; la fórmula lista en el hospital y las lagunas en el saber hacer de la preparación; y fuentes de información y demandas de orientación. Catorce de las 16 participantes no reconocieron el término técnico "transmisión vertical", aunque varias describieron parcialmente el riesgo de transmitir el virus al niño; ocho relataron no haber recibido orientación sobre el tema en el prenatal y diez no supieron describir la preparación de la fórmula, parte de ellas declarando no tener dudas. **Conclusión:** las participantes reconocen la contraindicación de la lactancia, pero presentan comprensión incompleta de sus fundamentos y conocimiento frágil sobre la preparación segura de la fórmula, sostenido sobre todo por experiencias previas. La internación constituye una oportunidad para la educación demostrativa, con lenguaje accesible y acogida del sufrimiento relacionado con la imposibilidad de amamantar.

Palabras clave: Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa; VIH; Periodo Posparto; Fórmulas Infantiles; Enfermería Obstétrica.

1. Introdução

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes, parturientes e puérperas permanece como questão relevante para a saúde materno-infantil brasileira. Em 2024 foram identificados 7.523 casos no país, com taxa de detecção de 3,2 por mil nascidos vivos, 23,1% superior à registrada dez anos antes. A Região Norte apresentou crescimento de 53,8% no período, e o Pará registrou taxa de 4,2 por mil nascidos vivos, acima da média nacional (Brasil, Ministério da Saúde, *Boletim Epidemiológico*). No estado, a infecção em gestantes associa-se a determinantes socioeconômicos como baixa escolaridade e renda, o que amplia a vulnerabilidade dessa população (Trindade et al.).

Em dezembro de 2025, o Brasil recebeu da Organização Mundial da Saúde a validação da eliminação da transmissão vertical do HIV como problema de saúde pública, tornando-se o país mais populoso das Américas a alcançar esse marco. A validação exige taxa de transmissão vertical inferior a 2% e cobertura superior a 95% de pré-natal, testagem e tratamento das gestantes vivendo com o vírus ("OMS certifica Brasil"). Eliminar a transmissão vertical como problema de saúde pública, contudo, não equivale a ausência de casos: trata-se de um patamar que precisa ser sustentado por processos assistenciais contínuos, entre os quais a qualidade das orientações oferecidas à mulher no pós-parto, quando a proteção da criança passa a depender de cuidados realizados no domicílio.

Na Amazônia, onde se somam desigualdades sociais, dispersão geográfica e taxas de detecção do HIV em gestantes acima da média nacional, são escassas as investigações que deem voz às puérperas sobre a experiência da alimentação substitutiva. Compreender como essas mulheres percebem essa alimentação pode subsidiar práticas educativas mais efetivas no período de internação, momento em que o contato com a equipe de enfermagem é contínuo e antecede os cuidados domiciliares. Diante disso, este estudo teve como objetivo compreender a percepção de puérperas vivendo com HIV acerca da alimentação substitutiva do recém-nascido exposto ao vírus em um hospital de referência na Amazônia.

2. Revisão da Literatura

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer na gestação, no parto e na amamentação, razão pela qual sua prevenção exige ações articuladas ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal: terapia antirretroviral (TARV) materna, definição adequada da via de parto, profilaxia do recém-nascido e orientação segura sobre a alimentação infantil (Brasil, Ministério da Saúde, *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção*).

Quanto à via de parto, o protocolo brasileiro indica o parto vaginal quando a carga viral, aferida a partir da 34ª semana de gestação, é indetectável ou inferior a mil cópias por mililitro e não há outra indicação obstétrica de cesariana; a cesárea eletiva é indicada sobretudo quando a carga viral é igual ou superior a mil cópias por mililitro ou desconhecida nesse período (Brasil, Ministério da Saúde, *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção*). A cesariana, portanto, não constitui recomendação universal para gestantes vivendo com HIV.

No que se refere à alimentação infantil, o protocolo brasileiro de manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, em sua versão de 2024, mantém a contraindicação do aleitamento materno, do aleitamento misto e do aleitamento cruzado para pessoas vivendo com HIV, inclusive na presença de carga viral indetectável e uso regular de TARV, por persistir risco residual de transmissão pelo leite humano. Recomenda a inibição da lactação e a substituição do leite materno por fórmula láctea infantil, disponibilizada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo*).

No plano internacional, a Organização Mundial da Saúde adota uma abordagem de saúde pública segundo a qual as autoridades nacionais definem a estratégia de alimentação infantil a ser apoiada pelos serviços, considerando o acesso à TARV, o risco de transmissão, a segurança da alimentação substitutiva e o contexto epidemiológico de cada país. Nessa formulação, mantida desde 2010 e reafirmada em 2016, autoridades de países em que a alimentação substitutiva não reúne condições de segurança podem recomendar e apoiar a amamentação associada à TARV, de modo a otimizar a sobrevida livre de HIV (*Guidelines on HIV and Infant Feeding*; *Guideline: Updates*). O Brasil mantém recomendação distinta, com contraindicação da amamentação, apoiada na disponibilidade universal e gratuita da fórmula infantil pelo Sistema Único de Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo*). Países de alta renda vêm discutindo a tomada de decisão compartilhada para mulheres com carga viral indetectável (Pérez-Escamilla et al.; Pollock and Levison), debate que não altera a norma brasileira vigente.

A disponibilidade do insumo, isoladamente, não garante alimentação adequada: fatores individuais, sociais e programáticos, como crenças, dificuldades práticas, condições socioeconômicas e qualidade das orientações, interferem na alimentação da criança exposta (Bick et al., "Intervening Factors"; Alvarenga et al.). Erros de higiene, de temperatura da água e de diluição associam-se a infecções gastrointestinais e a comprometimento nutricional (*Safe Preparation*; Bick et al., "Alimentação"). As diretrizes internacionais para preparo seguro de fórmulas em pó enfatizam higiene das mãos e dos utensílios, reconstituição com água em temperatura não inferior a 70 °C, resfriamento antes da oferta, tempo máximo de uso e descarte das sobras (*Safe Preparation*). A proporção entre medida e volume de água, entretanto, não é universal: varia conforme o produto, razão pela qual a orientação deve remeter às instruções do fabricante da fórmula efetivamente fornecida pelo serviço.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

Além da dimensão técnica, a impossibilidade de amamentar mobiliza sentimentos de tristeza, culpa e inadequação materna, uma vez que a amamentação é socialmente associada ao exercício da maternidade (Moreno et al.; Teixeira et al.). Estudos brasileiros apontam que mães vivendo com HIV frequentemente não recebem orientações suficientes sobre como preparar e oferecer a fórmula, recorrendo às instruções do rótulo ou à própria experiência (Alvarenga et al.).

3. Metodologia

3.1 Desenho do estudo

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, com apoio de estatística descritiva para caracterização das participantes. O relato segue o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Tong et al.; Souza et al.), cuja lista de verificação, com a localização de cada item no manuscrito, é apresentada na seção 4.5. O estudo integra a etapa de diagnóstico situacional de uma pesquisa metodológica voltada à construção de tecnologia educacional sobre alimentação substitutiva de recém-nascidos expostos ao HIV.

3.2 Cenário

A pesquisa foi desenvolvida no alojamento conjunto da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, localizado no município de Belém, estado do Pará. Trata-se de hospital de grande porte, vinculado à secretaria estadual de saúde, com 482 leitos destinados ao Sistema Único de Saúde e referência estadual para gestação de alto risco, que recebe mulheres da capital, do interior do estado e de estados vizinhos. No serviço, a fórmula infantil é preparada no lactário e entregue pronta às puérperas durante a internação.

3.3 Participantes e seleção

Participaram puérperas vivendo com HIV, selecionadas por amostragem não probabilística, por conveniência, entre as internadas no alojamento conjunto durante o período de coleta. As potenciais participantes foram identificadas nos registros assistenciais, incluindo a classificação CID-10 Z21.

Foram incluídas puérperas com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de HIV, independentemente do tempo de diagnóstico ou da fase do tratamento, e em condições clínicas, hemodinâmicas e emocionais adequadas, preferencialmente após 24 horas do parto. Foram excluídas aquelas com limitações cognitivas ou de comunicação que impedissem a compreensão da pesquisa ou do consentimento.

No período de coleta, 19 puérperas elegíveis estiveram internadas no setor, das quais 19 foram identificadas nos registros assistenciais e 16 foram abordadas. 03 não foram abordadas por alta hospitalar antes do contato, instabilidade clínica ou indisponibilidade logística. Nenhuma das puérperas abordadas recusou a participação, resultado que deve ser interpretado à luz da relação profissional descrita na seção 3.6, e nenhuma interrompeu a entrevista.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

Foram entrevistadas 16 puérperas, número inferior à estimativa inicial de 30. O encerramento da coleta não se apoia em alegação de saturação estrita de códigos, mas na suficiência do corpus avaliada pelo conceito de poder informacional (Malterud et al.), sustentada por quatro elementos: objetivo estreito e delimitado; amostra específica, composta exclusivamente por mulheres que vivenciavam o fenômeno investigado no momento da entrevista; roteiro focado, ancorado em eixos temáticos definidos; e estabilidade das categorias analíticas centrais ao longo da coleta. Embora códigos singulares tenham continuado a emergir até as entrevistas finais, as entrevistas adicionais não originaram novas categorias analíticas centrais, o que sugere suficiência do material para o objetivo exploratório do estudo. A trajetória de emergência dos códigos, as suas limitações e a análise de sensibilidade realizada são apresentadas na seção 4.2 (Hennink and Kaiser).

3.4 Coleta de dados

A coleta ocorreu entre agosto e setembro de 2026. Antes de cada abordagem, as evoluções das equipes de serviço social e de psicologia foram consultadas no prontuário, procedimento previsto no protocolo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e amparado por termo de compromisso de utilização de dados. A consulta restringiu-se ao mínimo necessário para verificar se o tema poderia ser abordado sem revelação inadvertida do diagnóstico a acompanhantes ou a terceiros, não tendo sido extraídas do prontuário informações destinadas à análise, com exceção da confirmação diagnóstica que definia a elegibilidade. As puérperas foram convidadas individualmente, e as entrevistas ocorreram em ambiente reservado ou à beira do leito, preferencialmente na ausência de outras pacientes e de acompanhantes.

Utilizou-se instrumento elaborado pelos pesquisadores, com duas partes. A primeira continha questões fechadas de caracterização sociodemográfica, clínica e obstétrica. A segunda era um roteiro semiestruturado sobre: conhecimento acerca da transmissão vertical; orientações recebidas no pré-natal; alimentação atual do recém-nascido e motivo do não aleitamento; orientações sobre a fórmula; saberes e cuidados no preparo, armazenamento e oferta; dúvidas; riscos do preparo incorreto; posse de celular e busca de informações na internet; e sugestões ao serviço. Após as quatro primeiras entrevistas, o roteiro foi revisado: as questões ganharam formulação mais aberta e foram incluídas perguntas sobre sentimentos diante da impossibilidade de amamentar, materiais educativos desejados e orientações após a alta (Quadro 1). As categorias de ocupação e de momento do diagnóstico também foram ampliadas. Essa alteração criou oportunidades desiguais de resposta entre as participantes e é considerada na apresentação dos resultados, nos denominadores adotados e nas limitações do estudo.

As entrevistas foram realizadas em encontro único, com duração média de 15 minutos (variação: 11 a 19 minutos). Quatorze foram gravadas em áudio mediante autorização expressa. Em duas (A1 e A2), as respostas foram registradas por escrito pelo entrevistador, conforme previsto no Termo de Consentimento para os casos de não autorização da gravação. Não foram produzidas notas de campo. As transcrições não foram devolvidas às participantes, nem os resultados submetidos à verificação por elas.

Dez gravações foram transcritas manualmente pelo pesquisador principal. As quatro restantes (A9, A13, A15 e A16) foram transcritas com auxílio do serviço automatizado

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

TurboScribe, de processamento em nuvem, em servidores externos à instituição, e posteriormente revisadas pelo pesquisador principal mediante audição integral dos áudios, com correção de erros de reconhecimento automático. Os arquivos enviados ao serviço continham apenas o código alfanumérico da participante, sem nome, número de prontuário ou qualquer identificador direto, e foram excluídos da plataforma em 9 de outubro de 2026, após a conclusão da transcrição e revisão dos respectivos arquivos. O protocolo aprovado previa o armazenamento das gravações em nuvem com autenticação de dois fatores e posterior transferência para dispositivo criptografado, sob guarda do pesquisador responsável por cinco anos, não especificando o uso de serviço automatizado de transcrição. A utilização do serviço automatizado de transcrição, procedimento não previsto no protocolo original, foi comunicada ao Comitê de Ética em Pesquisa em 14 de outubro de 2026, conforme declarado pelos autores. Considerando que a condição de pessoa vivendo com HIV constitui dado pessoal sensível, o episódio é reportado integralmente para permitir ao leitor avaliar a adequação do tratamento dos dados à legislação de proteção de dados pessoais e ao consentimento obtido.

3.5 Análise dos dados

Os dados de caracterização foram organizados em planilha eletrônica e analisados por estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas, média, desvio-padrão (DP), mediana e amplitude. Para a tabulação, as categorias das duas versões do formulário foram harmonizadas. Considerando a amostragem por conveniência e o número de participantes, as frequências são apresentadas no texto em números absolutos e servem para caracterizar o corpus, não para estimar prevalências populacionais; os percentuais são mantidos apenas na Tabela 1.

O material qualitativo foi submetido à análise de conteúdo, modalidade temática, proposta por Bardin, em três fases. Na pré-análise, fez-se a leitura flutuante do corpus (14 transcrições e dois registros escritos), e o tema foi definido como unidade de registro. Na exploração do material, realizou-se a codificação, com construção de livro de códigos contendo nome, definição, critérios de inclusão e exemplo de cada código, e agrupamento por proximidade semântica em subcategorias e categorias. No tratamento dos resultados, procedeu-se à inferência e à interpretação à luz das diretrizes nacionais e da literatura. Os eixos do roteiro orientaram a organização inicial (movimento dedutivo) e as subcategorias emergiram dos relatos (movimento indutivo).

A análise foi conduzida por três pesquisadores: o pesquisador principal, enfermeiro obstetra e mestrando, responsável pela coleta; uma enfermeira, doutora em Enfermagem, com experiência em saúde materno-infantil; e um pesquisador doutor, com atuação em pesquisa na área de doenças infecciosas na Amazônia. Os três trabalharam sobre o corpus completo. A codificação da fase de exploração do material foi realizada de forma independente por cada analista, sem acesso às decisões dos demais; em seguida, as divergências quanto à nomeação, à delimitação e ao agrupamento dos códigos foram examinadas em reuniões de consenso, nas quais cada discordância foi resolvida por retorno aos excertos originais e registro da decisão no livro de códigos. Não se calculou índice estatístico de concordância entre codificadores, por se tratar de análise interpretativa. A triangulação entre analistas é aqui entendida como estratégia de credibilidade, e não como verificação de objetividade (Lincoln and Guba).

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

Como o corpus reúne materiais de densidade distinta, foi realizada uma análise de sensibilidade em que as duas entrevistas registradas por escrito (A1 e A2) foram retiradas do conjunto, verificando-se a permanência dos códigos e das categorias (seção 4.2).

As participantes foram identificadas pela letra "A" seguida de número sequencial (A1 a A16). Todas as citações foram submetidas a auditoria de risco de reidentificação, na qual foram suprimidos nomes próprios, marcas comerciais, referências temporais precisas, categorias profissionais e circunstâncias periféricas capazes de permitir reconhecimento indireto, preservando-se o sentido dos relatos. Dois excertos considerados de maior risco, por combinarem informações clínicas e circunstanciais singulares, são apresentados sem o código da participante. Cortes são sinalizados por [...] e inserções explicativas, por colchetes.

3.6 Reflexividade

As entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador principal, do sexo masculino, enfermeiro obstetra, mestrando em programa de pós-graduação na área da saúde [nome do programa omitido para avaliação às cegas], integrante da equipe assistencial do setor em que ocorreu a coleta e com atuação junto a gestantes e puérperas vivendo com HIV. Em parte das entrevistas, o pesquisador havia prestado cuidado direto à participante durante aquela internação; em nenhum caso participou de decisões clínicas sobre a via de parto, a prescrição da fórmula infantil ou a alta hospitalar, nem exercia função de chefia ou autoridade formal sobre a assistência prestada às participantes. Não recebeu treinamento formal prévio em pesquisa qualitativa, tendo sido preparado para a condução das entrevistas no âmbito do programa de pós-graduação e sob supervisão dos demais analistas.

Essa inserção institucional teve efeitos ambivalentes sobre a produção dos dados. De um lado, favoreceu o acesso a uma população de difícil abordagem, a identificação do momento adequado para a entrevista e a criação de um ambiente de confiança para falar de um diagnóstico marcado por estigma. De outro, produziu assimetria entre pesquisador e participantes: a ausência de recusas, embora possa refletir o interesse das mulheres pelo tema, precisa ser lida também como possível expressão dessa assimetria, uma vez que recusar um convite feito por um profissional da equipe que presta cuidado pode ser percebido como custoso. Para reduzir esse efeito, foram explicitados no convite o caráter voluntário da participação, a independência entre a pesquisa e a assistência recebida e o direito de interromper a entrevista ou de não responder a qualquer pergunta.

A desejabilidade social é a principal consequência interpretativa dessa relação. Ela pode ter operado em duas direções: reduzindo a explicitação de dúvidas diante de um profissional da instituição, o que é considerado na leitura da subcategoria relativa à declaração de ausência de dúvidas; e, inversamente, ampliando relatos de insuficiência das orientações recebidas em outros serviços, sobretudo no pré-natal realizado fora do hospital. Essa segunda possibilidade é considerada na seção 4.4, quando se discute a atribuição de lacunas à rede assistencial. O pesquisador principal também partia da hipótese, formulada em sua prática, de que as orientações oferecidas às puérperas seriam insuficientes, o que foi explicitado aos demais analistas no início da codificação; a codificação independente e as reuniões de consenso funcionaram como contraponto a essa expectativa.

3.7 Aspectos éticos

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

O estudo seguiu a *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*, a *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*, e a *Resolução nº 580, de 22 de março de 2018*, do Conselho Nacional de Saúde, bem como a Lei nº 14.289, de 3 de janeiro de 2022, que dispõe sobre a preservação do sigilo da condição de pessoa vivendo com HIV, e a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), que classifica dados referentes à saúde como dados pessoais sensíveis. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, número do CAAE 93592525.0.0000.5171 e do parecer número 8.271.521. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização para Utilização de Relatos, Imagem e Som de Voz, este último contemplando a opção de não autorizar a gravação.

4. Resultados e Discussão

4.1 Caracterização das participantes

As 16 puérperas tinham entre 18 e 42 anos (média de 29,4; DP = 6,5; mediana de 29). Treze residiam em área urbana, 12 eram casadas ou viviam em união estável e 11 referiram renda familiar de até um salário mínimo. Quanto à escolaridade, seis não haviam concluído o ensino fundamental ou tinham apenas o fundamental completo, e dez não haviam concluído o ensino médio. Quinze realizaram pré-natal e 12 conheciam o diagnóstico antes da gestação. Quatro não usaram antirretrovirais na gestação: uma não realizou pré-natal, duas tiveram diagnóstico tardio, no terceiro trimestre e no momento do parto, e uma, com diagnóstico prévio, não fez uso da terapia. Apenas uma era primigesta. Três referiram antecedente de transmissão vertical, informação autorrelatada e não confirmada em prontuário (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, clínica e obstétrica das puérperas vivendo com HIV (n = 16). Belém, PA, Brasil, 2026

Variável	n	%
Faixa etária (anos)		
18 a 24	4	25,0
25 a 34	9	56,3
35 ou mais	3	18,8
Residência		
Urbana	13	81,3
Rural	3	18,8
Escolaridade		
Fundamental incompleto	5	31,3
Fundamental completo	1	6,3
Médio incompleto	4	25,0
Médio completo	5	31,3
Superior incompleto	1	6,3
Estado civil		
Casada/união estável	12	75,0
Solteira	4	25,0

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

Variável	n	%
Ocupação		
Do lar*	6	37,5
Desempregada	4	25,0
Trabalhadora informal	4	25,0
Trabalhadora formal	1	6,3
Estudante	1	6,3
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	11	68,8
Mais de 1 a 3 salários mínimos	5	31,3
Realizou pré-natal		
Sim	15	93,8
Não	1	6,3
Momento do diagnóstico de HIV		
Antes da gestação	12	75,0
1º trimestre	1	6,3
2º trimestre	1	6,3
3º trimestre	1	6,3
No momento do parto	1	6,3
Uso de antirretrovirais na gestação		
Sim	12	75,0
Não	4	25,0
Gestação anterior		
Sim	15	93,8
Não	1	6,3
Antecedente de transmissão vertical (autorrelato)		
Sim	3	18,8
Não	13	81,3
Possui celular†		
Sim	15	93,8
Não	1	6,3

Fonte: dados da pesquisa (2026). Idade: média de 29,4 anos (DP = 6,5); mediana de 29 (18–42). *Opção incluída na versão revisada do formulário, aplicada a partir de A5. †Informação obtida na entrevista. Percentuais arredondados e apresentados apenas para descrição do corpus, sem pretensão de estimativa populacional.

A Tabela 1 evidencia um perfil marcado pela vulnerabilidade socioeconômica: predominam mulheres com renda familiar de até um salário mínimo e sem ensino médio concluído. Três quartos das puérperas conheciam o diagnóstico antes da gestação e quase todas realizaram pré-natal; ainda assim, quatro não utilizaram antirretrovirais na gestação. As razões desse achado são heterogêneas — ausência de pré-natal, diagnóstico tardio e não adesão apesar do diagnóstico prévio — e não foram investigadas em profundidade neste estudo. Os dados sugerem, portanto, heterogeneidade no acesso oportuno e na continuidade das medidas preventivas, cujas causas permanecem em aberto.

4.2 Condução das entrevistas e suficiência do corpus

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

As alterações introduzidas no roteiro após as quatro primeiras entrevistas estão sintetizadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Versões do roteiro de entrevista semiestruturada. Belém, PA, Brasil, 2026

Versão inicial (A1 a A4)	**Versão revisada (A5 a A16)**
Você sabe o que é transmissão vertical do HIV?	O que você entende por transmissão vertical do HIV?
Você recebeu orientações no pré-natal sobre a transmissão vertical do HIV?	Você recebeu orientações durante o pré-natal sobre como evitar a transmissão vertical do HIV? Como foram essas orientações?
O aleitamento materno está sendo oferecido ao seu filho? Por quê?	Igual
Qual alimentação seu filho está recebendo? Foi orientada sobre essa alimentação?	Qual alimentação seu filho está recebendo? / Você recebeu orientações sobre essa alimentação? Quem orientou você?
Você tem dúvidas sobre os cuidados com preparo, armazenamento e volume das fórmulas infantis?	O que você sabe sobre o preparo da fórmula infantil? / Você tem dúvidas sobre o preparo, a higiene, o armazenamento, a quantidade ou a frequência da alimentação? Quais?
Quais são os cuidados que devem ser tomados no preparo da alimentação do seu filho?	Quais cuidados você considera importantes no preparo, armazenamento e oferta da alimentação do bebê?
O preparo incorreto da alimentação pode causar malefícios ao organismo do seu filho? Quais?	Na sua opinião, o preparo incorreto da alimentação pode causar malefícios ao organismo do seu filho? Quais?
—	Como você se sente em relação à impossibilidade de amamentar?
Possui celular? Fez alguma pesquisa sobre os cuidados pós-nascimento na internet? Quais?	Possui celular? Você costuma buscar informações na internet sobre cuidados com o bebê? Onde e sobre quais assuntos?
—	Que tipo de orientação ou material poderia ajudar você a entender melhor os cuidados com a alimentação do seu filho?
Caso tenha dúvidas, o que a equipe da [instituição] pode fazer para esclarecer melhor esse processo?	Na sua opinião, o que a equipe da [instituição] pode fazer para facilitar sua compreensão sobre a alimentação do bebê após a alta?

Fonte: elaborado pelos autores (2026). Em negrito: questões ou trechos incluídos na versão revisada.

A revisão do roteiro não foi apenas estilística. A substituição da pergunta fechada sobre dúvidas por uma sondagem direta do conhecimento ("o que você sabe sobre o preparo da fórmula infantil?") testa o saber de modo mais eficaz do que a formulação anterior, e as três perguntas acrescentadas abriram conteúdos que não haviam sido solicitados às quatro primeiras participantes. Em consequência, a ausência de um código em A1 a A4 não tem o mesmo significado que sua ausência em A5 a A16: no primeiro grupo, o conteúdo correspondente pode simplesmente não ter sido perguntado. Por essa razão, as subcategorias derivadas exclusivamente das novas perguntas têm denominador n = 12, e as frequências dos códigos cuja sondagem foi substancialmente alterada são apresentadas, quando pertinente, discriminadas por versão do roteiro.

A trajetória de emergência dos códigos é apresentada na Tabela 2, que indica, para cada código, em qual versão do roteiro ele poderia emergir.

Tabela 2 – Ocorrência dos códigos por entrevista, segundo a versão do roteiro em que a sondagem era possível (n = 16). Belém, PA, Brasil, 2026

Código	S	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16
C01 Não reconhece o termo transmissão vertical	A		•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
C02 Descreve a passagem do vírus da mãe para a criança	A	•		•	•												
C03 Confunde a transmissão vertical com outras formas ou condições	A							•	•				•				

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

Código	S	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16
C04 Sem orientação sobre transmissão vertical no pré-natal	A		●	•		•			•	•		•	•		•		
C05 Orientação restrita à adesão à TARV	A	●						•			•			•			•
C06 Orientação restrita à via de parto ou à não amamentação	A				●		•									•	•
C07 Percepção de silêncio ou receio dos profissionais	A			●					•								
C08 HIV como motivo da não amamentação	A	●	•	•	•		•	•	•	•	•		•	•	•	•	•
C09 Imprecisão no uso do termo aleitamento materno	A					●				•	•				•		•
C10 Fórmula ofertada pronta pelo serviço	A	●			•								•	•			•
C11 Sem orientação sobre o preparo da fórmula	A		●			•			•	•		•		•		•	•
C12 Recebeu orientação escrita	A					●							•		•		
C13 Não soube descrever o preparo	A		●		•	•	•		•	•	•		•	•		•	
C14 Concepção equivocada sobre a fórmula	A	●									•	•					
C15 Elementos adequados de higiene, água ou descarte	A			●				•					•		•	•	•
C16 Incerteza sobre medida, volume ou frequência	A			●	•						•			•		•	•
C17 Declara não ter dúvidas apesar de não saber preparar	A					●	•				•		•	•			
C18 Risco percebido: infecção ou diarreia	A	●	•	•	•	•									•	•	•
C19 Risco percebido: cólica, gases, refluxo ou engasgo	A						●	•		•	•	•	•				
C31 Reconhece risco sem saber nomear os agravos	A								●								
C20 Não reconhece risco no preparo incorreto	A													●			
C21 Experiência prévia como fonte do saber	A			●	•	•									•		
C22 Internet para cuidados gerais	A			●	•			•	•	•	•	•		•		•	•
C23 Tristeza ou frustração por não amamentar	R					●	•		•	•	•	•	•	•		•	•
C24 Culpa, impotência ou sensação de inutilidade	R							●							•	•	
C25 Ressignificação do não amamentar como proteção	R						●				•			•			•
C29 Cogita amamentar diante do choro do bebê	R															●	
C26 Demanda por demonstração prática	A	●			•			•			•	•					•
C27 Demanda por diálogo, orientação ativa ou palestras	A		●	•					•	•				•	•	•	
C28 Demanda por material escrito ou ilustrado	A							●	•	•	•		•		•	•	•
C30 Exposição do diagnóstico e demanda por sigilo	A															●	
Códigos novos (total)		7	5	5	1	4	2	3	1	0	0	0	0	1	0	2	0
Acumulado (total)		7	12	17	18	22	24	27	28	28	28	28	28	29	29	31	31
Acumulado (apenas códigos de sondagem comum)		7	12	17	18	21	22	24	25	25	25	25	25	26	26	27	27

Fonte: dados da pesquisa (2026). ● primeira ocorrência do código; • ocorrência subsequente. S = sondagem: A = conteúdo perguntado nas duas versões do roteiro; R = conteúdo perguntado apenas na versão revisada, aplicada a partir de A5 (denominador n = 12). TARV: terapia antirretroviral. A numeração dos códigos foi mantida em relação à versão anterior do manuscrito; C31 foi acrescentado nesta revisão.

A Tabela 2 deve ser lida no sentido das colunas, da primeira à última entrevista, e com duas ressalvas. A primeira é que quatro códigos (C23, C24, C25 e C29) derivam de

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

conteúdo perguntado apenas a partir de A5, de modo que sua ausência nas quatro primeiras entrevistas não é interpretável. A segunda é que, mesmo entre os códigos de sondagem comum, a reformulação das questões ampliou a chance de emergência a partir de A5, sobretudo dos códigos relativos ao saber sobre o preparo (C13, C15, C16 e C17).

Feitas essas ressalvas, observa-se que 27 dos 31 códigos haviam emergido até a sétima entrevista e que, entre os 27 códigos de sondagem comum, 24 já estavam presentes nesse ponto. A sequência posterior, contudo, não é de estabilidade completa: um código novo surgiu em A8, outro em A13 e dois em A15, este último a única entrevista da segunda metade da coleta a acrescentar mais de um código. Não se sustenta, portanto, saturação estrita de códigos, e o encerramento da coleta apoia-se na suficiência do corpus (seção 3.3). O que se observa é estabilidade no plano das categorias, e não dos códigos: as quatro categorias analíticas já estavam representadas na primeira entrevista; a categoria 1 não recebeu códigos novos após A7 e a categoria 3, após A13. Os três códigos acrescentados nas entrevistas finais (C20, C29 e C30) correspondem a experiências singulares, que enriquecem a descrição sem originar novas categorias. Esse padrão é compatível com a observação de que a saturação de códigos e a saturação de significados ocorrem em momentos distintos da coleta (Hennink and Kaiser).

A análise de sensibilidade confirmou a robustez das categorias frente à diferença de densidade entre materiais. Com a retirada das duas entrevistas registradas por escrito (A1 e A2), nenhum dos 31 códigos deixou de estar representado no corpus e as quatro categorias permaneceram sustentadas pelas 14 entrevistas gravadas; as reduções de frequência foram de, no máximo, duas participantes por código. Os achados centrais, portanto, não dependem dos registros não literais, que permanecem na análise principal por contribuírem com relatos pertinentes, ainda que menos densos.

4.3 Categorias temáticas

A análise das 16 entrevistas originou 31 códigos, organizados em quatro categorias temáticas (Quadro 2).

Quadro 2 – Categorias, subcategorias e número de participantes que as expressaram. Belém, PA, Brasil, 2026

Categoria	Subcategorias	Participantes
1. "Eu sei que não podia acontecer, mas não sabia o nome": saberes sobre a transmissão vertical e lacunas educativas no pré-natal	Não reconhecimento do termo técnico, com compreensão parcial ou difusa do risco Pré-natal sem orientação sobre transmissão vertical Orientação restrita à adesão à TARV, à via de parto ou à não amamentação	14 de 16 8 de 16 8 de 16
2. "O prazer de uma mãe é amamentar": a contraindicação do aleitamento entre a proteção e o sofrimento	Reconhecimento do HIV como motivo da não amamentação Imprecisão no uso do termo "aleitamento materno" Tristeza, frustração, culpa ou impotência* Ressignificação do não amamentar como proteção* Cogitar amamentar diante do choro do bebê*	14 de 16 5 de 16 12 de 12 4 de 12 1 de 12
3. "Até porque ela está tomando aqui": a fórmula pronta no hospital e as lacunas no saber-fazer do preparo	Não soube descrever o preparo† Saberes parciais e concepções equivocadas entre as que descreveram o preparo	10 de 16 (2/4 e 8/12) 6 de 16 5 de 16 (0/4 e 5/12) 6 de 16

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

Categoria	Subcategorias	Participantes
	Declaração de ausência de dúvidas apesar do desconhecimento† Percepção de risco centrada em desconfortos leves Experiência prévia como principal fonte do saber	4 de 16
4. "Na prática mesmo eu não vi ninguém preparando": fontes de informação e demandas por orientação	Internet para cuidados gerais, raramente para a fórmula Demanda por demonstração prática do preparo Demanda por diálogo, orientação ativa e palestras Material escrito ou ilustrado como complemento Privacidade e sigilo na abordagem	10 de 16 6 de 16 7 de 16 8 de 16 1 de 16

Fonte: dados da pesquisa (2026). *Subcategorias derivadas de questão incluída apenas na versão revisada do roteiro, respondida por 12 participantes; o denominador é, portanto, 12. †Subcategorias cuja sondagem foi substancialmente alterada pela revisão do roteiro; entre parênteses, a frequência na versão inicial (n = 4) e na versão revisada (n = 12). Os códigos individuais das participantes foram omitidos neste quadro por precaução quanto à reidentificação.

O Quadro 2 permite observar a abrangência de cada categoria. O não reconhecimento do termo transmissão vertical e a atribuição ao HIV da impossibilidade de amamentar foram expressos, cada um, por 14 das 16 puérperas, o que revela, ao mesmo tempo, fragilidade conceitual e consolidação da conduta. Dez participantes não souberam descrever o preparo da fórmula e cinco declararam não ter dúvidas apesar desse desconhecimento; ambas as subcategorias, porém, foram mais bem sondadas na versão revisada do roteiro, o que recomenda cautela na leitura das frequências.

4.3.1 Categoria 1 – "Eu sei que não podia acontecer, mas não sabia o nome": saberes sobre a transmissão vertical e lacunas educativas no pré-natal

Quatorze das 16 puérperas não reconheceram a expressão "transmissão vertical". Esse não reconhecimento do termo técnico não equivale, contudo, a desconhecimento do fenômeno: várias participantes descreveram, de modo parcial ou difuso, a possibilidade de passagem do vírus para a criança, sobretudo quando o entrevistador explicava a expressão. Duas participantes associaram espontaneamente o termo à passagem do vírus da mãe para o filho e uma terceira descreveu o mecanismo logo após a explicação. Em outros relatos, o termo foi associado à transmissão sexual ou à cronicidade da infecção, evidenciando compreensão incompleta das vias de transmissão:

> *Isso. Eu sei que não podia acontecer, mas não sabia o nome, isso.* (A4)
>
> *Sexualmente transmissível, isso?* (A7)
>
> *A transmissão do HIV é tipo como não tem uma doença, não tem cura ela. A gente tem que ter tratamento, né? [...] Então, eu tô sabendo só que não tem cura, porque nem sei muito bem sobre isso.* (A12)

Oito participantes relataram não ter recebido orientação sobre transmissão vertical no pré-natal. Um dos relatos sugere que o tema foi evitado pelos profissionais:

> *As pessoas parecem que tinham até medo de falar sobre isso. [...] Só fizeram o teste, teste e não deram palestra, fizeram nada.* (A3)

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

> *Não, eu não recebi orientação nenhuma no meu posto de saúde, onde eu fez o acompanhamento do meu pré-natal, eu não recebi orientação.* (A11)

Quando presentes, as orientações relatadas restringiram-se à adesão à medicação, à indicação da via de parto ou à proibição de amamentar. Nenhuma participante relatou ter sido preparada, no pré-natal, para a alimentação com fórmula:

> *Ela disse que era pra mim tomar os medicamentos tudo direitinho. Foi só isso que ela disse.* (A10)

> *Só me falaram que eu não podia ter parto normal, justamente pra ele não pegar.* (A6)

> *E no pré-natal, não cheguei até nas últimas consultas, não foi repassado também. [...] Nem qual seria também o... Se é humano, se é leite, né?* (A15)

O relato sobre a impossibilidade de parto normal é apresentado aqui como exemplo de orientação fragmentada, tal como percebida e recordada pela participante, e não como descrição do protocolo vigente. Como exposto na seção 2, a cesariana não é recomendação universal para gestantes vivendo com HIV: a indicação depende da carga viral aferida a partir da 34ª semana e de outros fatores obstétricos (Brasil, Ministério da Saúde, *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção*). Não foi objetivo deste estudo verificar, em prontuário, a adequação das condutas adotadas no pré-natal das participantes.

4.3.2 Categoria 2 – "O prazer de uma mãe é amamentar": a contraindicação do aleitamento entre a proteção e o sofrimento

Quatorze participantes atribuíram ao HIV a impossibilidade de amamentar, o que indica ser essa a informação mais consolidada entre elas: "*Porque poderia correr o risco de contaminar a criança pelo meu leite*" (A4).

Ainda assim, cinco puérperas responderam "sim" à pergunta sobre a oferta de aleitamento materno, referindo-se à fórmula. O achado sugere que o termo técnico não era compreendido, mesmo quando a conduta era conhecida:

> *Eu acho que sim. [...] Eu não posso amamentar, né? Eu sou soropositiva. Aí eles estão oferecendo leite pra ela.* (A10)

Entre as 12 participantes a quem a questão sobre sentimentos foi apresentada, todas expressaram sofrimento: tristeza, frustração, dor ao observar outras mães amamentando, impotência, culpa e sensação de inutilidade:

> *Eu às vezes fico triste porque eu vejo amamentando as crianças e eu não poder. E sendo que o prazer de uma mãe é amamentar uma criança, o seu próprio filho, e a gente não poder.* (A6)

> *Aquilo dói porque você vê a outra mãe ao seu lado, a sua próxima, alimentar o seu bebê do seu leite mesmo.* (A11)

> *Eu me sinto meio impotente, né, e culpada, mas...* (A7)

> *Inútil, uma palavra. [...] era pra mim ter cuidado e eu não, achando que não ia acontecer com a gente e acaba acontecendo e a gente não tá preparada.* (A14)

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

O sofrimento coexistiu com a ressignificação do não amamentar como gesto de proteção e amor: "*Então, é melhor dar fórmula mesmo, tudo, e dar amor. Porque amor é tudo*" (A16). Uma participante relatou ainda a angústia de aguardar o horário da próxima oferta de fórmula enquanto o recém-nascido chorava: "*Não poder amamentar o bebê, ele chora, e a gente tem que esperar dar hora pra poder pegar outra dose de leite pra ele*" (A5). Trata-se de experiência relatada por uma participante, que não permite, isoladamente, inferência sobre a adequação das rotinas do serviço, uma vez que o estudo não examinou prescrições de volume e frequência nem as condições clínicas dos recém-nascidos.

Em um dos relatos, o sofrimento diante do choro do filho aproximou-se da própria recomendação de não amamentar. A participante, em uso de TARV e com carga viral indetectável, descreveu ter cogitado oferecer o peito:

> *A gente se sente mal, né, incapacitado. Dá aquela tristeza [...] eu já pensei, ele chorando, eu falei, a minha já está identificada [indetectável], será que se eu colocar ele pra mamar, vai passar pra ele ou não? Realmente é muito ruim, tu vê ele chorando, não poderia fazer nada.* (excerto apresentado sem código, para proteção da participante)

4.3.3 Categoria 3 – "Até porque ela está tomando aqui": a fórmula pronta no hospital e as lacunas no saber-fazer do preparo

Durante a internação, a fórmula era preparada no lactário e entregue pronta pela equipe. Muitas puérperas não tinham tido oportunidade de prepará-la nem de observar o preparo, e várias adiavam o aprendizado, esperando que alguém as ensinasse:

> *Não, sobre isso não me falaram. Até porque ela está tomando aqui.* (A13)

> *Elas me falaram, né? Elas já vinham com o leitinho, vamos supor, pronto. Olha, tanto, tanto.* (A4)

Dez participantes não souberam descrever o preparo — duas das quatro entrevistadas com a versão inicial do roteiro e oito das doze entrevistadas com a versão revisada, que continha sondagem direta do conhecimento. Entre elas, algumas estavam absorvidas por intercorrências com o recém-nascido e outras nunca haviam utilizado fórmula infantil:

> *Eu não sei. É tipo como prepara, eu não sei, porque nunca usei, né, esse preparo.* (A12)

> *É que eu tô tão preocupada que eu não consegui parar pra pensar nem nisso.* (A10)

> *Eu tenho. Quero saber como é pra mim preparar, porque eu não sei, né? É a minha primeira vez.* (A8)

> *Não, sobre a fórmula, não recebi. [...] Na verdade, eu não sei nada.* (A15)

As seis participantes que descreveram o preparo apresentaram saberes parciais. Havia elementos adequados, como higiene das mãos e dos utensílios, uso de água aquecida, preparo imediatamente antes da oferta e descarte das sobras — elementos também mencionados, de forma isolada, por algumas das que afirmaram não saber preparar. Esses saberes conviviam com incertezas sobre a relação entre medida e volume de água, sobre a quantidade e a frequência, e com concepções equivocadas:

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

> *E o leite, fazer ele com água quente até 70 graus, né, no caso. Depois deixar esfriar e dar pro neném. [...] 20 ml, um scoop, aí depois aumenta de 20 em 20, né, isso. [...] Eu acho.* (A3)
>
> *Eles dão leite, ele só pode tomar até uma hora, depois de uma hora ele não pode tomar mais.* (A7)
>
> *Não é num potinho que a gente guarda? [...] Não sei se é de uma hora ou de duas em duas horas o leitinho pra dar pra nenê.* (A10)
>
> *Acho que é igual o leite que tomo com café.* (A1, registro escrito)

Cinco participantes afirmaram não ter dúvidas embora não soubessem descrever o preparo, todas entre as entrevistadas com a versão revisada do roteiro. Quanto aos riscos do preparo incorreto, oito mencionaram infecção intestinal ou diarreia, seis referiram apenas desconfortos leves, como cólica, gases, refluxo e engasgo, uma reconheceu a possibilidade de dano sem saber nomeá-lo — "*É isso que eu queria mais informação*" (A8) — e uma não reconheceu risco claro: "*Olha, eu acho que não, né? Pode, não sei. [...] Ai, sei lá, ficar com fome...*" (A13). Nenhuma mencionou desidratação ou prejuízo ao crescimento decorrentes de diluição inadequada.

As participantes com maior domínio do preparo apoiavam-se em experiências com filhos anteriores, e não em orientações recebidas na gestação atual. Essa experiência, contudo, foi descrita como marcada por erros:

> *Na primeira gravidez eu fiquei totalmente perdida, não sabia como fazia, às vezes eu fazia errado, às vezes eu fazia mal pro meu filho, dava uma dor de cólica.* (A14)

4.3.4 Categoria 4 – "Na prática mesmo eu não vi ninguém preparando": fontes de informação e demandas por orientação

Quinze das 16 participantes possuíam celular e dez buscavam informações na internet, principalmente em mecanismos de busca e vídeos. As buscas envolviam cuidados gerais, como troca de fraldas, massagem, crescimento, icterícia, medicação do recém-nascido e malformações. Apenas uma relatou ter pesquisado sobre transmissão vertical e alimentação. Outras preferiam o diálogo com profissionais: "*Prefiro conversar com o médico pessoalmente, tirar as dúvidas*" (A5).

A principal demanda foi por orientação prática e demonstrativa, capaz de superar o modelo de instruções apenas verbais:

> *Eu tive muita oratória de falar tanta ml, tanto isso aqui, mas na prática mesmo eu não vi ninguém preparando.* (A4)
>
> *Me explicar tudo como eu tenho que fazer em casa.* (A7)
>
> *É eles me informar e me ensinar a como fazer, a como, a ter higiene, a como reservar o leitinho sem poder pegar bactéria, alguma coisa assim, a poeira.* (A11)

As puérperas também solicitaram maior aproximação dos profissionais, além de palestras e materiais escritos, como folhetos, "livrinho", "cartãozinho" e "formuláriozinho". Esses materiais foram valorizados sobretudo quando associados à explicação presencial: "*Chegar, conversar mais, dar mais explicação, porque não falam nada pra gente, sei lá*" (A8).

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

Um dos relatos mostra que o material escrito, isoladamente, foi insuficiente: "*Só me deram o papel e eu, tipo, fazia muito errado, e isso prejudicou muito meu filho, dava muita dor de cólica. [...] tipo um livrinho, olha, é assim que faz tal*" (A14). Outras participantes reforçaram a mesma demanda: "*Lendo, vendo, mostrando para a gente como é. Tudo já ajudava, né?*" (A16); "*Tipo um cartãozinho, assim, uma planilha explicando o modo de preparo, [...] a quantidade e tudo*" (A15).

Uma participante sugeriu ainda canais de comunicação digitais e acolhimento em local reservado, associando essa demanda à experiência de ter tido sua condição sorológica mencionada diante de outras pessoas no alojamento conjunto, situação em que precisou ela própria reivindicar o sigilo:

> *[...] não viu o prontuário e chegou falando lá, aí eu peguei, eu tive que falar, sigilo [...]. Então eu me senti naquele momento ali também meio, tipo, sem reação, né, não saber como reagir.* (excerto apresentado sem código e com supressão de detalhes circunstanciais, para proteção da participante)

4.4 Discussão

Os resultados revelam uma descontinuidade entre conhecer a conduta e compreender o processo: as puérperas sabem que não devem amamentar, mas sabem pouco sobre os fundamentos dessa recomendação e sobre como alimentar o filho com segurança. Nos relatos, as orientações recebidas no pré-natal aparecem predominantemente na forma prescritiva — tomar o medicamento, a via de parto indicada, não amamentar —, sem que a elas se some a construção de compreensão sobre a transmissão vertical ou o preparo para a alimentação substitutiva.

É importante distinguir, nesse achado, o termo e o conceito. O não reconhecimento da expressão "transmissão vertical" por 14 das 16 participantes convive com descrições parciais e funcionais do risco de passagem do vírus para a criança. O que os dados evidenciam, portanto, não é ausência completa de conhecimento, mas compreensão incompleta e ancorada em vocabulário distinto daquele empregado pelos serviços. Resultado convergente foi descrito na avaliação das ações de controle da transmissão vertical no Acre, em que as falhas se concentraram na qualidade, e não na cobertura, do pré-natal (Feitoza et al.). A percepção de que os profissionais "tinham medo de falar" converge com estudos que apontam o estigma e o despreparo para comunicar temas ligados ao HIV como barreiras ao cuidado (Alvarenga et al.; Gonçalves et al.), fenômeno descrito na literatura como vulnerabilidade programática (Bick et al., "Intervening Factors"; Bick and Paula). Cabe registrar que tais relatos referem-se, em sua maioria, a serviços de pré-natal externos ao hospital, não foram verificados em prontuário e podem ter sido influenciados pela condição do entrevistador como profissional da instituição em que a entrevista ocorreu (seção 3.6). São, portanto, percepções das participantes sobre o cuidado recebido, e não medida da qualidade da rede assistencial.

A imprecisão no uso do termo "aleitamento materno", estendido a qualquer oferta de leite, mostra que a comunicação em saúde precisa considerar o letramento funcional das usuárias. O letramento em saúde envolve não apenas acessar a informação, mas compreendê-la e aplicá-la (Nutbeam). Em uma população com renda e escolaridade baixas, como a deste estudo, termos técnicos tendem a gerar a ilusão de entendimento compartilhado. O conhecimento materno sobre alimentação infantil no contexto do HIV é

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

fortemente influenciado pela qualidade da interação com os profissionais (Moseholm et al.), o que reforça estratégias como a linguagem simples e a verificação ativa da compreensão pelo método de repetição explicativa (*teach-back*).

O sofrimento diante da impossibilidade de amamentar reproduz achados de estudos nacionais e internacionais: a não amamentação é vivida como perda de um símbolo da maternidade, fonte de tristeza, culpa e sensação de incompletude (Moreno et al.; Teixeira et al.; Pereira et al.; Chaparro et al.). A culpa associada à própria infecção e a dor de observar outras mães amamentando no alojamento conjunto indicam que o ambiente hospitalar pode intensificar esse sofrimento. Por outro lado, a ressignificação do não amamentar como proteção e amor, também descrita na literatura (Moreno et al.), pode ser reconhecida e fortalecida pelos profissionais como recurso de enfrentamento.

O relato de uma participante com carga viral indetectável que cogitou amamentar diante do choro do filho merece destaque analítico. Ele sugere a superposição de duas mensagens de saúde pública que não são equivalentes: a de que a carga viral indetectável impede a transmissão sexual do HIV — formulação amplamente difundida sob a expressão indetectável igual a intransmissível — e a das recomendações brasileiras sobre a transmissão pelo leite humano. O protocolo nacional vigente mantém a contraindicação do aleitamento materno, misto e cruzado para pessoas vivendo com HIV mesmo na presença de carga viral indetectável e de uso regular de TARV, por persistir risco residual de transmissão por essa via e por haver alternativa segura disponibilizada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo*). Explicitar didaticamente essa diferença — a supressão viral reduz a transmissão sexual, mas não autoriza a amamentação no contexto normativo brasileiro — é tarefa educativa concreta, sobretudo porque o debate internacional sobre decisão compartilhada em contextos de alta renda (Pérez-Escamilla et al.; Pollock and Levison; Kreitchmann et al.) circula com facilidade em meios digitais amplamente acessados pelas participantes.

A categoria sobre a fórmula pronta evidencia um aspecto organizacional pouco discutido. O preparo centralizado no lactário responde a exigências sanitárias e assegura a qualidade da alimentação durante a internação; sua consequência não intencional, porém, é que a puérpera não vivencia, sob supervisão, o procedimento que precisará executar sozinha após a alta. As lacunas identificadas têm implicações clínicas. As diretrizes internacionais para preparo seguro de fórmulas em pó incluem higiene rigorosa, reconstituição com água em temperatura não inferior a 70 °C, resfriamento antes da oferta e descarte das sobras não consumidas (*Safe Preparation*). A proporção entre medida e volume de água, contudo, varia conforme o produto e deve seguir as instruções do fabricante da fórmula efetivamente fornecida, de modo que a orientação e os materiais educativos precisam compatibilizar as recomendações internacionais, as orientações do Ministério da Saúde e as instruções do produto disponibilizado pelo serviço. Incertezas sobre medida e quantidade, presentes nos relatos, podem resultar em diluição inadequada, com risco nutricional e metabólico, e a equiparação da fórmula ao leite de consumo adulto sinaliza risco de substituição imprópria.

Esses achados convergem com estudo que identificou mães vivendo com HIV preparando a fórmula segundo o rótulo ou sem saber prepará-la, em razão de orientações deficientes (Alvarenga et al.), e com a constatação de que a capacidade familiar de preparar

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

a alimentação láctea está associada às condições socioeconômicas e ao acesso à informação (Bick et al., "Alimentação"; Bick and Paula).

A declaração de ausência de dúvidas por quem não sabe preparar a fórmula merece cautela interpretativa. Pode refletir desejabilidade social diante de um entrevistador que integra a equipe, delegação do cuidado à instituição ou desconhecimento das próprias lacunas. Em qualquer dessas hipóteses, a pergunta "tem dúvidas?" mostra-se insuficiente para avaliar a prontidão para a alta, o que recomenda substituí-la por sondagem direta do conhecimento — precisamente o que a revisão do roteiro deste estudo evidenciou, ao elevar de zero para cinco o número de participantes em que a contradição entre segurança declarada e desconhecimento se tornou visível. A percepção de risco limitada a desconfortos leves reforça a necessidade de explicar, de modo acessível, as consequências do preparo inadequado.

A valorização da demonstração prática em detrimento das instruções apenas verbais ou escritas é coerente com evidências de que materiais educativos são mais efetivos quando construídos a partir das necessidades das usuárias e integrados à interação com profissionais (Lutterbach et al.). O relato de quem recebeu apenas "o papel" e cometeu erros ilustra os limites da informação escrita isolada. O amplo acesso ao celular e a busca espontânea por conteúdos em vídeo apontam para o potencial de tecnologias digitais em saúde materno-infantil (Till et al.; Ameyaw et al.). Esses recursos devem, porém, complementar o ensino presencial e oferecer conteúdo confiável sobre a fórmula, tema raramente buscado pelas participantes. Situações singulares, como o diagnóstico tardio e as intercorrências neonatais, exigem abordagem individualizada, pois nelas o pré-natal não pôde cumprir seu papel educativo.

A experiência de ter a condição sorológica mencionada diante de terceiros no alojamento conjunto, ainda que relatada por uma única participante, constitui evento sentinela. O sigilo sobre a condição de pessoa vivendo com HIV é obrigação legal dos serviços de saúde (Brasil, Lei nº 14.289), e sua quebra reproduz os processos de estigmatização descritos na rede de atenção à transmissão vertical (Gonçalves et al.). Em ambientes coletivos, nos quais a não amamentação já é visível para outras mães e acompanhantes, a verificação prévia do prontuário e a oferta de espaço reservado para orientações são condições para que a educação em saúde não produza novo sofrimento.

Por fim, os achados dialogam com o marco alcançado pelo país em dezembro de 2025. A validação da eliminação da transmissão vertical do HIV como problema de saúde pública ("OMS certifica Brasil") atesta resultados agregados — taxa de transmissão inferior a 2% e ampla cobertura de pré-natal, testagem e tratamento —, mas não descreve a qualidade dos processos educativos que sustentam esses resultados no cotidiano assistencial. Onde a alimentação substitutiva é a política adotada, o sistema de saúde assume a responsabilidade de garantir não apenas o insumo, mas também as competências maternas para utilizá-lo com segurança após a alta.

4.5 Transparência do relato segundo o COREQ

O COREQ é um guia de transparência do relato, e não um instrumento de aferição de rigor. Sua aplicação permite ao leitor verificar o que foi efetivamente realizado, incluindo os procedimentos não adotados, mas não substitui os elementos que sustentam a

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

confiabilidade de um estudo qualitativo: a reflexividade sobre a posição do pesquisador (seção 3.6), a triangulação entre analistas (seção 3.5), a clareza do percurso analítico, a auditabilidade das decisões de codificação e a coerência entre os dados e as interpretações apresentadas (Lincoln and Guba). O Quadro 3 indica a localização de cada item no manuscrito e explicita os itens não realizados (Tong et al.; Souza et al.).

Quadro 3 – Itens do COREQ: localização no manuscrito e procedimentos não realizados

Domínio / itens	**Localização ou situação**
1–5. Entrevistador: identidade, credenciais, ocupação, sexo, experiência e treinamento	Seções 3.4 e 3.6
6–8. Relação prévia com as participantes, conhecimento sobre o entrevistador e pressupostos do pesquisador	Seção 3.6
9. Orientação metodológica e teórica	Seções 3.1 e 3.5
10–11. Amostragem e forma de abordagem	Seção 3.3
12–13. Tamanho da amostra, recusas e desistências	Seção 3.3 (fluxo de recrutamento; nenhuma recusa)
14–15. Local da coleta e presença de não participantes	Seção 3.4
16. Descrição da amostra	Seção 4.1 e Tabela 1
17. Roteiro e suas revisões	Seções 3.4 e 4.2; Quadro 1
18. Entrevistas repetidas	Não realizadas: encontro único (seção 3.4)
19. Gravação em áudio	Seção 3.4 (14 gravadas; 2 registradas por escrito)
20. Notas de campo	**Não realizadas** (seção 3.4)
21. Duração das entrevistas	Seção 3.4 (média e intervalo)
22. Saturação	Não alegada; adotado o critério de suficiência do corpus (seções 3.3 e 4.2; Tabela 2)
23. Devolução das transcrições às participantes	**Não realizada** (seção 3.4)
24. Número de codificadores	Seção 3.5 (três analistas)
25. Descrição da árvore de códigos	Seção 4.2 e Quadro 2; Tabela 2
26. Derivação dos temas	Seção 3.5 (dedutivo-indutiva)
27. Software de análise	**Não utilizado**: codificação manual, com organização em planilha (seção 3.5)
28. Verificação dos achados pelas participantes	**Não realizada** (seção 3.4)
29–32. Citações identificadas, consistência entre dados e achados, clareza dos temas principais e secundários	Seções 4.3 e 4.4; sobre a identificação das citações, ver a auditoria de reidentificação (seção 3.5)

Fonte: elaborado pelos autores com base no COREQ (Tong et al.; Souza et al.).

4.6 Limitações do estudo

Trata-se de estudo unicêntrico, com amostra por conveniência, cujos resultados não se pretendem generalizáveis, ainda que a descrição do contexto favoreça a apreciação de sua transferibilidade. As entrevistas foram breves e ocorreram durante a internação, de modo que expressam conhecimentos e intenções, e não a prática domiciliar de preparo da fórmula.

A modificação do roteiro após a quarta entrevista é a principal limitação metodológica: ela produziu oportunidades distintas de resposta, tornando não comparáveis as frequências de parte dos códigos entre as quatro primeiras participantes e as demais, e impede a sustentação de saturação estrita de códigos, uma vez que códigos singulares continuaram a emergir até a penúltima entrevista. Por essa razão, o encerramento da coleta foi reenquadrado como suficiência do corpus, e não como saturação.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

Duas entrevistas foram registradas por escrito pelo entrevistador, sem a literalidade e a densidade das demais; a análise de sensibilidade apresentada na seção 4.2 indica que os achados centrais não dependem desses registros, mas a diferença de densidade permanece. Parte das transcrições foi produzida com auxílio de serviço automatizado em nuvem, com as implicações discutidas na seção 3.4. Não foram produzidas notas de campo, nem realizada devolução das transcrições ou verificação dos achados pelas participantes.

O vínculo assistencial do entrevistador com o serviço pode ter favorecido respostas socialmente desejáveis, tanto na minimização de dúvidas quanto na ênfase em lacunas atribuídas a serviços externos, como discutido nas seções 3.6 e 4.4. Os dados clínicos, incluindo o antecedente de transmissão vertical, foram autorrelatados e não confirmados em prontuário.

Por fim, embora as participantes sejam identificadas apenas por código e as citações tenham passado por auditoria de reidentificação, o risco de reconhecimento indireto não é nulo: trata-se de um grupo pequeno, atendido em uma única instituição e em um intervalo curto de tempo, e alguns relatos descrevem circunstâncias singulares. As medidas adotadas — supressão de detalhes periféricos e apresentação de dois excertos sem código — reduzem, mas não eliminam, esse risco.

4.7 Contribuições para a prática

O estudo indica que a educação para a alimentação substitutiva deve deslocar-se da transmissão de informação para o desenvolvimento de habilidades antes da alta hospitalar. São recomendações para a enfermagem obstétrica e neonatal:

(a) incluir no plano de alta a demonstração do preparo seguro da fórmula, seguida de retorno demonstrativo pela puérpera ou por seu cuidador, realizada por simulação, com materiais educativos próprios e em ambiente compatível com as normas sanitárias do lactário, sem interferir no preparo destinado ao recém-nascido durante a internação;

(b) utilizar linguagem simples, evitando termos como "transmissão vertical" e "aleitamento materno" sem explicação, e verificar a compreensão pelo método de repetição explicativa (*teach-back*), substituindo a pergunta "tem dúvidas?" por sondagem direta do conhecimento;

(c) compatibilizar o conteúdo educativo com as diretrizes internacionais de preparo seguro, as orientações do Ministério da Saúde e as instruções do fabricante da fórmula efetivamente fornecida, evitando proporções universais de medida e volume;

(d) oferecer material ilustrado de apoio, articulado à orientação presencial e, quando possível, a recursos digitais de conteúdo confiável;

(e) acolher o sofrimento relacionado à impossibilidade de amamentar e apoiar formas alternativas de vínculo, explicitando as razões da contraindicação mesmo diante de carga viral indetectável e distinguindo-a das mensagens sobre transmissão sexual;

(f) assegurar a verificação do prontuário antes de qualquer abordagem e realizar as orientações em espaço reservado, em cumprimento ao sigilo legal;

(g) qualificar o pré-natal para abordar a alimentação substitutiva desde a gestação, e não apenas após o nascimento.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

Esses achados subsidiam a construção de tecnologia educacional voltada a essa população, etapa subsequente da pesquisa da qual este estudo constitui o diagnóstico situacional.

5. Conclusão

As puérperas vivendo com HIV atendidas em hospital de referência na Amazônia reconhecem que não podem amamentar e vivem essa impossibilidade com sofrimento, frequentemente ressignificado como proteção ao filho. Apresentam, contudo, baixo reconhecimento do termo técnico "transmissão vertical" e compreensão incompleta de aspectos da transmissão materno-infantil, relatam orientações pré-natais ausentes ou centradas na conduta medicamentosa e demonstram conhecimento frágil sobre o preparo seguro da fórmula infantil.

Esse conhecimento é sustentado mais por experiências anteriores do que por ações educativas sistematizadas. Os relatos indicam forte dependência de orientações verbais e baixa exposição à demonstração prática, em um contexto em que a fórmula é entregue pronta durante a internação. As participantes demandam demonstração, diálogo e materiais acessíveis. O sofrimento pela não amamentação pode fragilizar a adesão à recomendação, sobretudo quando a mulher conhece a informação sobre carga viral indetectável sem compreender por que a contraindicação permanece; e o relato de exposição do diagnóstico no ambiente hospitalar evidencia a necessidade de assegurar o sigilo previsto em lei. A internação no alojamento conjunto constitui, assim, momento estratégico para o ensino demonstrativo do preparo da fórmula, com linguagem compatível com o letramento das usuárias e atenção às dimensões emocionais da maternidade no contexto do HIV.

Referências

Alvarenga, Willyane de Andrade, et al. "Mothers Living with HIV: Replacing Breastfeeding by Infant Formula." *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 72, no. 5, Sept.-Oct. 2019, pp. 1153-60, https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0880.

Ameyaw, Edward Kwabena, et al. "Effectiveness of mHealth Apps for Maternal Health Care Delivery: Systematic Review of Systematic Reviews." *Journal of Medical Internet Research*, vol. 26, 2024, https://doi.org/10.2196/49510.

Bardin, Laurence. *Análise de conteúdo*. Translated by Luís Antero Reto and Augusto Pinheiro, Edições 70, 2016.

Bick, Marília Alessandra, and Cristiane Cardoso de Paula. "Vulnerabilidade programática para insegurança alimentar de crianças expostas ao HIV: revisão integrativa." *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, vol. 8, no. 1, Jan.-Mar. 2020, pp. 100-13, https://doi.org/10.18554/refacs.v8i1.4404.

Bick, Marília Alessandra, et al. "Alimentação de crianças expostas ao HIV em um município do sul do Brasil: capacidade familiar, condição clínica e social." *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, vol. 19, no. 4, Oct.-Dec. 2019, pp. 999-1010, https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400015.

Bick, Marília Alessandra, et al. "Intervening Factors in the Feeding of Infants Vertically-Exposed to HIV: An Integrative Review." *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 41, 2017, https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.114.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. *Diário Oficial da União*, 15 Aug. 2018. *Portal da Legislação*, Presidência da República, www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm.

Brasil. Lei nº 14.289, de 3 de janeiro de 2022. *Diário Oficial da União*, 4 Jan. 2022. *Portal da Legislação*, Presidência da República, www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14289.htm.

Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. 12 Dec. 2012, conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf.

---. *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. 7 Apr. 2016, conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf.

---. *Resolução nº 580, de 22 de março de 2018*. 22 Mar. 2018, conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, and Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes: Módulo 1: Diagnóstico, manejo e acompanhamento de crianças expostas ao HIV*. Ministério da Saúde, 2024, www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT_HIV_Criana_Modulo_1_2024_e.pdf.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, and Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais*. 2nd rev. ed., Ministério da Saúde, 2022, bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico: HIV e Aids 2025*. Número especial, Ministério da Saúde, Dec. 2025, www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-de-hiv-e-aids-numero-especial-dez-2025.pdf.

Chaparro, Aida I., et al. "Breastfeeding in Women with HIV Infection: A Qualitative Study of Barriers and Facilitators." *PLOS ONE*, vol. 19, no. 7, July 2024, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303788.

Feitoza, Helena Albuquerque Catão, et al. "Avaliação das oportunidades perdidas no controle da transmissão vertical do HIV em Rio Branco, Acre, Brasil." *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 37, no. 3, 2021, https://doi.org/10.1590/0102-311X00069820.

Gonçalves, Tonantzin Ribeiro, et al. "Transmissão vertical do HIV na rede de saúde: reflexões bioéticas sobre gênero e cuidado a partir de um caso emblemático." *Saúde e Sociedade*, vol. 33, no. 1, 2024, https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230102pt.

Guideline: Updates on HIV and Infant Feeding: The Duration of Breastfeeding, and Support from Health Services to Improve Feeding Practices among Mothers Living with HIV. World Health Organization / UNICEF, 2016, www.who.int/publications/i/item/9789241549707.

Guidelines on HIV and Infant Feeding 2010: Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence. World Health Organization, 2010, www.who.int/publications/i/item/9789241599535.

Hennink, Monique, and Bonnie N. Kaiser. "Sample Sizes for Saturation in Qualitative Research: A Systematic Review of Empirical Tests." *Social Science & Medicine*, vol. 292, Jan. 2022, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523.

Kreitchmann, Regis, et al. "Update on HIV Prevention and Management in Pregnancy." *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, vol. 47, 2025, https://doi.org/10.61622/rbgo/2025FPS10.

Lincoln, Yvonna S., and Egon G. Guba. *Naturalistic Inquiry*. Sage, 1985.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 25/08/2026 - **Accepted:** 01/10/2026
Vol: 13.21
DOI: 10.66104/5fgwfd42
Pages: 1-25

Lutterbach, Flavia Gama Corrêa, et al. "Amamentação como um direito humano: construção de material educativo pela voz das mulheres." *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 27, 2023, https://doi.org/10.1590/interface.220093.

Malterud, Kirsti, et al. "Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power." *Qualitative Health Research*, vol. 26, no. 13, Nov. 2016, pp. 1753-60, https://doi.org/10.1177/1049732315617444.

Moreno, Cirlei Célia Gomes Sanchez, et al. "Mães HIV positivo e a não-amamentação." *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, vol. 6, no. 2, Apr.-June 2006, pp. 199-208, https://doi.org/10.1590/S1519-38292006000200007.

Moseholm, Ellen, et al. "Infant Feeding Knowledge among Women Living with HIV and Their Interaction with Healthcare Providers in a High-Income Setting: A Longitudinal Mixed Methods Study." *International Breastfeeding Journal*, vol. 19, 2024, https://doi.org/10.1186/s13006-024-00677-2.

Nutbeam, Don. "The Evolving Concept of Health Literacy." *Social Science & Medicine*, vol. 67, no. 12, Dec. 2008, pp. 2072-78, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050.

"OMS certifica Brasil pela eliminação da transmissão vertical do HIV." *Comunicado de imprensa*, UNICEF Brasil, 18 Dec. 2025, www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/oms-certifica-brasil-pela-eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv.

Pereira, Luís Eduardo Alves, et al. "HIV e amamentação: os sentimentos de mulheres soropositivas diante da impossibilidade de amamentar." *Vittalle: Revista de Ciências da Saúde*, vol. 36, no. 1, 2024, pp. 69-81, https://doi.org/10.14295/vittalle.v36i1.15068.

Pérez-Escamilla, Rafael, et al. "Perspective: Infant Feeding Policies among Women Living with HIV in Latin America and the Caribbean: Should They Be Updated?" *Advances in Nutrition*, vol. 16, 2025, https://doi.org/10.1016/j.advnut.2025.100469.

Pollock, Lealah, and Judy Levison. "2023 Updated Guidelines on Infant Feeding and HIV in the United States: What Are They and Why Have Recommendations Changed?" *Topics in Antiviral Medicine*, vol. 31, no. 5, Nov.-Dec. 2023, pp. 576-86, pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10776031/.

Safe Preparation, Storage and Handling of Powdered Infant Formula: Guidelines. World Health Organization / Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2007, www.who.int/publications/i/item/9789241595414.

Souza, Virgínia Ramos dos Santos, et al. "Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ." *Acta Paulista de Enfermagem*, vol. 34, 2021, https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631.

Teixeira, Selma Villas Boas, et al. "Concepção de mulheres sobre vivência com vírus da imunodeficiência humana e impossibilidade de amamentar." *Revista Baiana de Enfermagem*, vol. 34, 2020, https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35741.

Till, Sarina, et al. "Digital Health Technologies for Maternal and Child Health in Africa and Other Low- and Middle-Income Countries: Cross-Disciplinary Scoping Review with Stakeholder Consultation." *Journal of Medical Internet Research*, vol. 25, 2023, https://doi.org/10.2196/42161.

Tong, Allison, et al. "Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-Item Checklist for Interviews and Focus Groups." *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 19, no. 6, Dec. 2007, pp. 349-57, https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042.

Trindade, Lidiane de Nazaré Mota, et al. "Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em gestantes e sua correlação com os determinantes socioeconômicos." *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 57, 2023, https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP