

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

CAROLINA GUIZARDI POLIDO

**AMAMENTAÇÃO: DAS EXPECTATIVAS ÀS VIVÊNCIAS
COTIDIANAS DE USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE**

BOTUCATU

2009

CAROLINA GUIZARDI POLIDO

**AMAMENTAÇÃO: DAS EXPECTATIVAS ÀS VIVÊNCIAS
COTIDIANAS DE USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Mestrado Profissional em
Enfermagem, do Departamento de
Enfermagem da Faculdade de
Medicina de Botucatu da
Universidade Estadual Paulista “Julio
de Mesquita Filho”, para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.**

**ORIENTAÇÃO: VERA LÚCIA PAMPLONA TONETE
CO-ORIENTAÇÃO: MARIA ANTONIETA DE BARROS LEITE
CARVALHAES**

BOTUCATU

2009

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Carolina Guizardi Polido

Amamentação: das expectativas às vivências cotidianas de usuárias do Sistema Único de Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete
Presidente/Orientadora

Julgamento_____

Profa. Adj. Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP
Membro da Comissão Examinadora

Julgamento_____

Profa. Adj. Débora Falleiros de Mello
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Membro da Comissão Examinadora

Julgamento_____



Dedicatória

*Para todos aqueles que, de maneira direta ou indireta,
contribuíram para este estudo. Obrigada pela força!*

*Para todos aqueles que compuseram este estudo: vocês
são a alma deste trabalho! Obrigada pelos ensinamentos!*

*Para todos aqueles que sofreram comigo durante
esta trajetória. Obrigada por agüentar minha ansiedade!*

Para toda a minha família, de sangue ou não – eu amo muito vocês!



Agradecimento Especial

Agradecimento Especial

*Às minhas avós, que sempre me apoiaram nesta vida,
e ajudaram a formar o que hoje sou.*

*Ao meu pai amado, por todos os seus sonhos e devaneios,
que transformam as nossas vidas diariamente.*

*Para minha mãe querida, pessoa insubstituível,
que faz da vida uma coisa agradável,
que faz das tempestades e dos maus tempos
uma fina garoa de dias nublados,
que transforma os lugares por onde
passa com sua alegria e ingenuidade.*

Ao meu "namorado", que muitas vezes perdeu a paciência comigo.

Ao meu irmão, que apesar de tudo é minha razão de viver.



Agradecimentos

Agradecimentos

À minha orientadora, Vera Lúcia Pamplona Tonete,
por seu carinho, paciência, conhecimento e envolvimento,
e acima de tudo por ter confiado em mim e no meu potencial;

À minha co-orientadora, Maria Antonieta de B. L. Carvalhaes
- Neneca -, por toda a sua ajuda
no desenvolvimento deste trabalho;

Aos Professores do "Predinho Vermelho", por todo
o conhecimento proporcionado nesta trajetória;

À amiga e mestra Lin, que com sua loucura toda me apoiou muito;

À todo o pessoal da UNESP que transforma o Mestrado
Profissional em Enfermagem possível,
principalmente à Aline e Elisandra;

À minha família, que nunca me desamparou quando eu mais precisei,
mesmo não entendendo por muitas vezes que eu precisava mesmo estudar ao
invés de curtir o churrasco do domingo;

Às minhas amigas do peito, insubstituíveis, Elis, Fernanda,
Ana Laura, Roseli, Aline, Millena, Vanessa
Maira e Zoé – desculpem pelas ausências e sumiços;

Agradecimentos

*A todo o pessoal que trabalha no "Predinho Vermelho"-
você foram muito importantes nesta trajetória;*

À Aline Paschoal, pela revisão do Português;

*Às meninas da Biblioteca do Campus de Botucatu, pela
referenciação e ficha catalográfica;*

*Aos amigos do trabalho, que inúmeras vezes
agüentaram as minhas ausências;*

*Ao Hospital e todos os seus responsáveis, que me
liberavam às quintas e sextas-feiras;*

*Às meninas da Maternidade, por fazerem do
trabalho uma coisa divertida e gostosa;*

À Bia, que ajudou muito a transformar este sonho em realidade;

A Deus, por toda a fé, e por eu estar aqui hoje.



Epígrafe

"Nós não fomos capazes de responder os nossos problemas; na verdade, não respondemos completamente a nenhum deles. As respostas que obtivemos serviram apenas para levantar um novo conjunto de questões. De alguma forma, nos sentimos tão confusos quanto antes, mas pensamos que estamos confusos em nível muito mais elevado e sobre coisas mais importantes."

(Karl Popper)



Resumo

Como citar esta dissertação: Polido CG. Amamentação: das expectativas às vivências cotidianas de usuários do Sistema Único de Saúde [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2009.

RESUMO

Trata-se de estudo qualitativo de cunho etnográfico que objetivou compreender experiências de amamentar, a partir de mães egressas de maternidade de um município de pequeno porte do interior paulista, usuárias do Sistema Único de Saúde. Para a obtenção dos dados, foram realizadas observações participantes e entrevistas semi-estruturadas junto a nove puérperas primíparas e seus familiares de referência, ao longo dos seis primeiros meses de vida do bebê (dois casos), até a desistência da participação no estudo (um caso), interrupção total do aleitamento materno (seis casos). Após coleta e transcrição total das entrevistas e diários de campo, com base em princípios do método hermenêutico dialético, foram definidas as categorias operacionais e correlacionadas as categorias empíricas: 1 - Iniciando a amamentação: acho que não sei quase nada sobre amamentação, aprendi um pouco em cada lugar e é bom amamentar, mas tem problemas; 2 - Mantendo o aleitamento materno exclusivo: amamentar meu filho é um momento mágico, problemas surgem, mas vou me adaptando e consigo amamentar, sei que amamentar é o melhor pro meu filho e recebo ajuda com as tarefas diárias; 3 - Vivenciando o processo do desmame precoce: fui bem informada sobre amamentação, eu não queria, mas precisei desmamar e se fosse fácil amamentar, eu teria conseguido. Das expectativas iniciais a vivência dessa prática, as primíparas revelaram sentimentos, percepções e atitudes por vezes convergentes, em outras divergentes. Foi possível relacionar o desfecho mais prolongado do aleitamento materno exclusivo às lactantes que se mostraram encantadas

com a prática e convencidas dos benefícios da amamentação para seus filhos, mesmo diante de problemas e da interferência contrária de seu meio cultural. Para aquelas que vivenciaram o desmame precoce, o explícito desejo e o conhecimento prévio sobre amamentação não foram suficientes para se contraporem à referida interferência, bem como para superarem os entraves cotidianos surgidos, revelando a complexidade e as dificuldades práticas vivenciadas por essas mães. Conclui-se que a amamentação se apresentou como evento especial em cada contexto familiar e cultural investigado, revelando momentos de plena realização ou de grande frustração materna, de acordo com seu desfecho. Por fim, recomenda-se que a rede de apoio profissional há de estar permanentemente atenta a essas condições e preparada a reforçar as potencialidades, como a determinação em amamentar. E, ao identificar a ausência dessa característica, propor alternativas para a superação das possíveis dificuldades decorrentes, aproximando-se, para tal, do cotidiano das lactantes e compartilhando saberes e práticas em prol da amamentação.

Palavras Chave: aleitamento materno, etnografia, pesquisa qualitativa.



Abstract

How to cite: Polido CG. From the expectations to the everyday experiences of users of the Unified Health System [Master's thesis]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2009.

ABSTRACT

This qualitative ethnographic study aimed at understanding the experience of breastfeeding by users of the Unified Health System assisted at a maternity located in a small municipal district of the interior of São Paulo state. Data were obtained through the observation of the study participants and the administration of semi-structured interviews to nine primiparous puerperal women and their reference family members over the first six months after birth (two cases), until study withdrawal (one case), or breastfeeding discontinuation (six cases). After data collection and total transcription of interviews and field logs, the following operational categories were defined and empirical categories were correlated based on principles of the dialectic hermeneutic method: 1 – Initiating breastfeeding: guess I do not know anything about breastfeeding, I have learned a little here and there and it is good to breastfeed, but there are problems; 2 - keeping breastfeeding exclusively: breastfeeding my child is magical, problems arise, but I keep on adapting and being able to breastfeed, I know breastfeeding is the best for my child and I have help with my daily chores; 3 – experiencing early weaning: I was well informed about breastfeeding, I did not want it, but weaning was necessary and if breastfeeding were easy, I would have been able to do it. From early expectations to actual practice, the primiparous women revealed their sometimes convergent and sometimes divergent feelings, perceptions and attitudes. A longer exclusive breastfeeding time was observed among the women who were delighted with the activity and convinced of the benefits it provided to their children, even in the presence of problems and opposing interferences from their cultural environment. Among those who

experienced early weaning, the expressed desire to and previous knowledge on breastfeeding were not enough to overcome the said interference or everyday emerging barriers, revealing the complexity and practical difficulties experienced by these mothers. In conclusion, breastfeeding was a special event within each familial and cultural context investigated, representing a time of total satisfaction or great frustration for the mother, depending on its outcome. Finally, the supporting network of professionals is recommended to be permanently alert with regard to these conditions and prepared to reinforce potentialities, such as the determination to breastfeed. And, in the absence of this characteristic, to suggest alternatives for the overcoming of possible difficulties by approaching the everyday of the breastfeeding mothers and sharing knowledge and practices that favor breastfeeding

Key words: breastfeeding, ethnography, qualitative research.



Listas

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SCMA – Santa Casa de Misericórdia de Assis
HNSP – Hospital Nossa Senhora da Piedade
LPTA – Lençóis Paulista
OMS – Organização Mundial da Saúde
UNICEF – United Nations Children’s Fund (Fundo das Nações Unidas Para a Infância)
IBFAN – International Baby Food Action Network (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar)
ICDC – Centro Internacional de Documentação do Código
NBCAL – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS – Ministério da Saúde
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
HAC – Hospital Amigo da Criança
SUS – Sistema Único de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Segurança
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
AM – Aleitamento Materno
AME – Aleitamento Materno Exclusivo
APM – Aleitamento Materno Predominante
AC – Alimentação Complementar

LISTA DE APENDICES E ANEXOS

Apêndice 1 – Roteiro de entrevista para caracterização sócio-demográfica, econômica, domiciliar e sanitária das participantes do estudo e de sua família.

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Anexo A – Declaração de Innocenti.

Anexo B – Cópia da folha de aprovação da pesquisa em Comitê de Ética em Pesquisa responsável.

Anexo C – Ficha de avaliação de mamadas.

Anexo D – Homologação da troca de nome do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável.



Sumário

Apresentação.....	01
1 Introdução.....	02
2 Objetivos.....	28
3 Aspectos Metodológicos.....	29
4 Resultados e Discussão.....	38
5 Considerações Finais.....	82
6 Referências.....	84
7 Apêndices e Anexos.....	98



Apresentação

Desde a minha formação acadêmica, as possibilidades de intervenção profissional para o sucesso do aleitamento materno me chamaram atenção especial. Ao estudar os benefícios advindos dessa prática, passei a reconhecer a sua importância na promoção à saúde das pessoas. Isso ficou muito marcante após minha especialização em Enfermagem Obstétrica, principalmente depois de ter começado a trabalhar na Santa Casa de Misericórdia de Assis. Nessa oportunidade, foi possível exercer o cuidado materno infantil em sua integralidade, num local onde se tem como rotina o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido logo após o nascimento, com vistas a favorecer a amamentação o mais precoce possível, continuamente com o alojamento conjunto. Foi durante este período que surgiu a possibilidade de escrever o projeto deste estudo e ingressar no Programa de Pós Graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem.

Já como aluna regular do referido programa, a mudança de local de trabalho para a Associação Beneficente Hospital Nossa Senhora da Piedade, em Lençóis Paulista, fez aumentar ainda mais o sonho de estudar a fundo as questões inerentes ao aleitamento materno. Nesta ocasião, percebi que a equipe com a qual eu começava a trabalhar não demonstrava estar qualificada para lidar com puérperas que iniciam a amamentação, sendo que muitos nem mesmo estavam despertos para sua importância na promoção à saúde dos recém-nascidos.

Meu estudo, no início estritamente quantitativo, passou por reformulações após refletir melhor sobre o recorte do tema escolhido e adequação metodológica. Como o interesse maior estava em aprofundar a compreensão sobre a experiência de amamentar na perspectiva de lactantes, passei a delinear a investigação seguindo a abordagem qualitativa de pesquisa, na perspectiva etnometodológica. Isto por pressupor que, só assim, conseguiria me aproximar mais do fenômeno que buscava compreender, inclusive com intuito de contribuir com

subsídios para intervenções futuras em processos de promoção à amamentação.

E, assim, este estudo foi feito.



Introdução

1.1 Aleitamento materno na promoção à saúde

A pesquisa científica sobre a relação entre tipo de alimentação no começo da vida e a saúde humana vem produzindo muitas evidências quanto às vantagens do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida.

Nas décadas de setenta e oitenta do século XX, foram pesquisados e identificados nos constituintes específicos do leite humano as razões de sua superioridade nutricional e imunológica. Como consequência à época, o movimento pró-aleitamento dava grande ênfase aos aspectos biológicos da amamentação, pontuando principalmente a superioridade nutricional e imunológica do leite materno *in natura* em relação às fórmulas lácteas e ao leite de vaca e de outros mamíferos utilizados para alimentação humana.

A partir desse período, o leite materno passou a ser reconhecido como o alimento mais completo que um recém-nascido pode receber, sendo sua superioridade justificada por anticorpos, gorduras, vitaminas, proteínas e água em proporções adequadas ao crescimento e desenvolvimento do lactente. O esforço para convencer as mães a amamentarem seus filhos passava pela divulgação de sua facilidade digestiva, alto valor nutricional, capacidade de promover crescimento e proteção contra infecções e, também, por sua apresentação como o método mais prático, conveniente e de mais baixo custo. Destacava-se, também, que os substitutos do leite materno com composição menos adversa à saúde (fórmulas lácteas) eram caros e inacessíveis a maior parte da população (UNICEF, 2009).

Muitas novas evidências do papel positivo do aleitamento materno sobre a saúde infantil e também do futuro adulto foram incorporadas ao conhecimento científico em anos mais recentes. Há o reconhecimento de que a amamentação, quando praticada de forma exclusiva até os seis meses e complementada com alimentos apropriados até dois anos de idade

ou mais, é suficiente para possibilitar as vantagens supra citadas durante a infância, com repercussões positivas em fases posteriores da vida do indivíduo.

Especificamente, o benefício do aleitamento materno mais visível e de maior magnitude incide sobre a saúde e sobrevivência infantil, com redução das taxas de diarreia, desnutrição, doenças respiratórias, otites e outras infecções e mortes no primeiro ano de vida. Adicionalmente, há evidências da associação entre amamentação e melhor desempenho motor e intelectual. O papel protetor do aleitamento sobre a ocorrência de doenças crônicas como alergias, obesidade, diabetes, hipertensão e câncer tem sido sugerido por estudos observacionais, sendo, por sua importância, um dos principais campos de investigação na atualidade. Benefícios específicos para as mulheres que amamentaram, em curto e longo prazo, também têm sido verificados (Leon-Cava et al., 2002).

Ao mesmo tempo, estudos sobre a relação entre amamentação exclusiva nos primeiros seis meses e desfechos de saúde infantil evidenciam que vários são os agravos significativamente piores na ausência da amamentação exclusiva: enterocolite necrotizante, diabetes, alergias, pneumonia, entre outros. Além disso, verificou-se que o uso do leite materno para prematuros e recém nascido de baixo peso leva a maiores índices de inteligência e acuidade visual (Dundaroz et al., 2002).

Adicionalmente, há um consistente conjunto de estudos da área de saúde bucal apontando as vantagens do aleitamento materno. Com relação aos aspectos de desenvolvimento anatômico da criança, sabe-se que a amamentação é um fator fundamental para o estabelecimento do padrão respiratório nasal, sendo que o uso de bicos artificiais tem relação direta com o estabelecimento da respiração predominantemente bucal e, portanto, prejudicial. Quanto maior for o período de amamentação, maior a probabilidade de a criança apresentar a respiração nasal (Santos e Martins-Filho, 2005). Sabe-se, também, que a má oclusão, mordida aberta e mordida cruzada posterior apresentam-se mais freqüentes em crianças alimentadas

com mamadeira e naquelas com atividade de sucção não nutritiva - chupeta (Viggiano et al., 2004).

Alguns estudos sobre a relação entre doenças crônicas e aleitamento merecem menção nesta introdução. Crianças amamentadas por muito tempo apresentam mais baixa incidência de atopia, eczema, alergia alimentar e alergias respiratórias em longo prazo (Saarinen e Kajosaari, 1995; Armogida et al., 2004). O aleitamento materno exclusivo durante os três primeiros meses de vida mostra-se como efeito protetor contra a dermatite, nos casos de mães com história de alergia e asma (Kerkhof et al., 2003).

Uma redução surpreendente de até 52% do risco de aparecimento da doença celíaca foi observada em crianças que tinham sido amamentadas quando alimentos com glúten foram introduzidos, e o efeito foi ainda mais acentuado na comparação com crianças ainda amamentadas após a introdução do glúten na alimentação (Ivarson et al., 2002; Akobeng et al., 2006). Doença inflamatória intestinal e Doença de Crohn são condições gastrointestinais crônicas mais freqüentes naqueles alimentados com fórmula infantil, e o aleitamento materno está associado a riscos menores de Doença de Crohn e colite ulcerativa (Klement et al., 2004).

Existem evidências de que o aleitamento durante os primeiros meses de vida tem um efeito preventivo no desenvolvimento futuro de diabetes, diminuindo seu risco conforme aumenta o tempo da amamentação, principalmente se ela for exclusiva (Monetini et al., 2001; Sadauskaite-Kuehne et al., 2004; Malcova et al., 2006).

Crianças que nasceram prematuras tiveram sua pressão arterial aferida aos 13 e 16 anos de idade para confirmar as associações entre nutrição infantil e riscos à saúde em estágio posterior de vida. Os que receberam fórmula infantil tiveram a pressão mais elevada em relação aos que receberam leite materno quando crianças, concluindo-se que o aleitamento materno reduz a pressão sangüínea em períodos posteriores da vida, e que

este resultado pode ser ampliado para os nascidos a termo (Singhal, Cole e Lucas, 2001).

Em relação aos níveis de colesterol total e LDL com crianças de 13 e 16 anos, pesquisa sugere que a exposição precoce ao leite materno pode programar o metabolismo das gorduras mais tarde na vida, resultando em níveis mais baixos de colesterol no sangue e, conseqüentemente, risco menor de doença cardiovascular (Owen et al., 2002).

No UK Childhood Cancer Study (2001), 3500 casos de câncer infantil foram analisados, sendo notada uma pequena redução em leucemia e em todos os cânceres combinados quando as crianças alguma vez na vida haviam sido amamentados. Foi encontrada uma relação entre a duração do aleitamento materno por seis meses ou mais e proteção contra leucemia e linfomas agudos na infância (Bener, Denic e Galadari, 2001; Guise, Austin e Morris, 2005). Estudo recente associou o surgimento de dano genético em crianças entre nove e 12 meses de idade à ausência de aleitamento materno, sugerindo o papel dessa prática na proteção contra câncer infantil (Dundaroz et al., 2002).

Estudo com recém-nascidos pequenos para a idade gestacional aponta que amamentados exclusivamente apresentaram uma vantagem significativa no desenvolvimento cognitivo, sem comprometimento do crescimento (Rao et al., 2002; Daniels e Adair, 2005), enquanto que crianças com peso muito baixo ao nascer e nunca amamentadas apresentaram escores mais baixos nos testes de função intelectual geral, capacidade verbal, habilidades espaciais-visuais e motoras do que as que foram amamentadas (Smith, 2003).

Pode-se afirmar que amamentar apresenta potenciais efeitos benéficos na vida do indivíduo na idade adulta e senil, conseqüentes à sua influência no desenvolvimento cognitivo e educacional na infância (Richards, Hardy e Wadsworth, 2002).

Além dos exemplos já citados, de benefícios para a criança, existem benefícios relativos às doenças crônicas também para sua mãe, como

menor risco de câncer de mama (Armogida et al., 2004) principalmente naquelas que foram amamentadas quando crianças (Martin et al., 2005), de câncer de ovário (Chiaffarino et al., 2005) e de câncer de endométrio (Okamura et al., 2006). A retenção de peso pós-parto também é menor quando a mulher amamenta (Kac et al., 2004), e o espaçamento entre as gestações também pode ser beneficiado pela amenorréia da lactação (Patricio-Valdés et al., 2002), principalmente nas mulheres que amamentam exclusivamente (Egbuonu et al., 2005).

A mulher que amamenta apresenta perda da densidade óssea mineral durante a amamentação, porém tem-se que quanto maior a duração da amamentação menor é a chance dessa mulher ter osteoporose, e o risco de fratura fica similar ou menor do que aquelas que nunca engravidaram, dependendo-se ainda de maiores esclarecimentos para a elucidação dessa ocorrência (Karlsson, Alborg e Karlsson, 2005).

O aleitamento materno por mais de 12 meses foi inversamente relacionado ao surgimento da artrite reumatóide nas mulheres que amamentaram (Karlson et al., 2004). As mulheres que amamentaram apresentaram mais bom humor, relataram mais eventos positivos e perceberam menos estresse em suas vidas que as mães que alimentavam os filhos com fórmula, que apresentaram mais depressão e raiva comparadas às primeiras (Groer, 2005). O aleitamento também reduziu o risco de diabetes tipo II nas mães em períodos posteriores em suas vidas em até 15% (Stuebe et al., 2005).

Essas novas evidências de benefícios do aleitamento exclusivo ou dos riscos associados à interrupção precoce da amamentação exclusiva vieram se somar àquelas que justificaram, no início dos anos noventa do século passado, a recomendação oficial desta modalidade de alimentação como única nos primeiros seis meses de vida da criança, e complementada a partir desta idade até dois anos ou mais (Rea, 2003).

Atualmente, classifica-se como aleitamento materno exclusivo (AME) quando a criança recebe apenas leite materno como fonte de alimentação e

de hidratação; aleitamento materno predominante (AMP) quando a criança recebe leite materno e algum sucedâneo não-lácteo; aleitamento materno (AM) quando a criança recebe leite materno, leites de outras espécies e sucedâneos não-lácteos, alimentação complementar (AC) quando a criança passa a receber alimentação sólida ou semi-sólida, incluindo leite (humano ou não), alimentação por mamadeira (APM) quando a criança recebe leite (inclusive o leite materno) ou outros alimentos semi-sólidos por meio de bicos artificiais (WHO, 2001; WHO, 2008). Por desmame entende-se a introdução de qualquer alimento ou líquido diferente do leite materno, e por desmame precoce a interrupção da amamentação exclusiva antes dos seis meses de vida, independentemente da decisão ser materna ou não e do motivo para tal interrupção (WHO, 2007).

1.2 Aspectos históricos, sociais, culturais e políticos do aleitamento materno

Com o reconhecimento da importância do aleitamento materno para a saúde das pessoas por parte dos especialistas no assunto, observa-se um crescente interesse em se investigar, além das vantagens, os aspectos determinantes dessa prática. Em uma perspectiva mais ampla, passa-se a atentar para a influência de fatores históricos, sociais, políticos e culturais na ocorrência - ou não - da amamentação e do desmame precoce (Brasil, 2009a; Almeida e Gomes, 1998).

Ichisato e Shimo (2002) relatam que, como os demais mamíferos, nos primórdios da humanidade, os seres humanos dependiam da amamentação. Por meio do leite materno, garantia-se a sobrevivência das crianças durante os primeiros meses de vida. Portanto, a amamentação caracterizava-se como um fenômeno biológico fundamental, diretamente ligado à sobrevivência da espécie humana. Ao amamentar, as mães protegiam seus filhos duas vezes: uma, dos perigos de uma alimentação inadequada ou insuficiente e outra, dos possíveis predadores naturais, no caso de saírem à

procura de alimento substitutivo ao leite materno. Isto, atualmente, ainda ocorre com os demais mamíferos vivendo em ambiente natural. Porém, através da história, ao introduzir modificações nos ciclos naturais de desenvolvimento, visando garantir mais sobrevivência e conforto, o homem também passou a interferir na prática da amamentação, inclusive desenvolvendo outras formas de alimentar as crianças que não a natural (Ichisato e Shimo, 2002).

Desenhos greco-romanos antigos mostram que já existiam mamadeiras desde as épocas anteriores a Cristo. A mitologia grega conta a história dos gêmeos, Rômulo e Remo, que foram abandonados pela mãe e amamentados por uma loba e de Zeus, que havia sido amamentado por uma cabra. Algumas civilizações, como a dos hebreus, tinham o costume de amamentar exclusivamente seus filhos até cerca dos três anos; gregos e romanos ricos alugavam escravas como amas de leite – ação muito criticada mesmo em sua época, pois amamentar criava vínculo entre a ama e a criança, e a separação era, em geral, dolorosa para ambas as partes (Badinter, 1985).

Dois fatos históricos/culturais são apontados como de grande impacto sobre a forma de alimentar as crianças. O aparecimento e difusão do hábito de compartilhamento da cama pelo casal, que levou à separação da mãe e filho, findando com a amamentação por livre-demanda. E, posteriormente, o surgimento do hábito de separar mãe e filho de quartos, pois o casal precisava de intimidade. Como uma das consequências, o choro da criança isolada acordava os pais, o que levou à necessidade de babás, que precisaram lançar mão de artifícios, como mamadeiras e chupetas. Assim, as crianças passaram cada vez mais a mamar cada vez menos (Ichisato e Shimo, 2002).

A figura das amas de leite surgiu na civilização ocidental por volta do século XIII, em uma época em que os homens eram tidos como imagem e semelhança de Deus, as mulheres deveriam ser abnegadas e modestas e as crianças consideradas seres inferiores, símbolo da força do mal, fruto do

pecado original. Sob estas concepções, era necessário “rejeitar” as crianças e não amamentá-las, para provar esta rejeição, para não ser seduzido pelo fruto do pecado. As crianças eram entregues às amas de leite, que além de as alimentarem diretamente em suas mamas, também as criavam até o desmame completo (Badinter, 1985).

Outro fato histórico que influenciou sobremaneira a prática da amamentação foi a inserção da mulher no mercado de trabalho, verificada na Europa no início do século XX. Com a valorização da mão de obra feminina, a mulher passa a se afastar de seu lar, de sua família e de seu filho, por longos períodos diários. Firmado este novo papel social feminino, a amamentação foi mortalmente comprometida, na medida em que não existiam condições para a mãe realizar esta prática no local de trabalho. É neste contexto que surgem o leite em pó, industrializado, mais fácil de ser conservado e estocado do que o leite fluido e passível de ser preparado e oferecido à criança por outra pessoa na ausência de sua mãe. Neste período consolida-se, também, a indústria dos utensílios para viabilizar o aleitamento artificial, especialmente a da produção de mamadeiras (Ichisato e Shimo, 2002).

A trajetória do aleitamento, a partir desta época, culmina com o quase abandono da amamentação pelas mulheres das sociedades industriais européias de meados do século XX, e duas ou três décadas mais tarde atingiu aquelas que viviam nos países da América Latina e Ásia. Entretanto, as repercussões negativas da alimentação artificial na saúde de recém-nascidos e de lactentes foram, pouco a pouco, ganhando visibilidade (Ichisato e Shimo, 2002).

No Brasil já havia esta preocupação sanitária em meados do século XIX, época em que surgiram as primeiras regras normalizadoras da amamentação, que adotavam os referenciais teóricos advogados pelas escolas européias, com destaque à francesa e à alemã. Dentre os cuidados a serem seguidos pelas mães, para obter sucesso na prática do aleitamento, destacavam-se: a regulamentação de horários, determinando intervalo entre

as mamadas e o tempo a ser despendido em cada uma delas, a amamentação em ambas as mamas, a prática do decúbito lateral, o emprego da chupeta como meio de acalmar a criança e as restrições alimentares para a mãe lactante (Silva,1990). Nota-se que muitas dessas regras, consideradas ultrapassadas para os dias atuais, ainda podem ser identificadas no discurso de profissionais que atuam no seguimento materno infantil.

No final da década de 70 do século XX, o desmame precoce representava um dos sérios agravos de saúde pública no Brasil. Em documento oficial relativo a esse período, o Ministério da Saúde revela que a mortalidade infantil nacional era de 88 por 1000 nascidos vivos e de 124 por 1000 nascidos vivos no Nordeste; o desmame no primeiro mês de vida atingia 54% dos lactentes na cidade de São Paulo e 80% em Recife; 50% dos pediatras prescreviam mamadeira e 90% aconselhavam o uso de água nos intervalos da mamadas (Brasil, 2006).

A demonstração inequívoca do impacto negativo do desmame precoce sobre a morbimortalidade infantil, inicialmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, e posteriormente nos países desenvolvidos, fez emergir mais recentemente na história, um movimento em sentido contrário, pró-aleitamento. Inicialmente restrito ao mundo acadêmico, gradativamente, este movimento se expandiu aos demais setores sociais, passando a integrar as políticas públicas dirigidas à mulher e à criança desde a década de 80 do século passado.

A história da proposição oficial de medidas de promoção do aleitamento materno no Brasil e no mundo se inicia em 1979, com uma reunião conjunta da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do UNICEF, sobre alimentação do lactente e da criança pequena, quando foram estabelecidos marcos regulatórios da comercialização de leites industrializados. Foi proposto, por exemplo, que não poderia haver comercialização ou disponibilização de substitutos do leite materno ou alimentos para o desmame em um dado país, a não ser que houvesse uma

legislação para regular este comércio. As práticas das empresas produtoras de leite em pó, no tocante à divulgação de seus produtos, foram consideradas extremamente maléficas à saúde das crianças (IBFAN, 2009).

Em meados de 1980, surgiu a International Baby Food Action Network (IBFAN) – Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar - e se instalou o Centro Internacional de Documentação do Código (ICDC), que visavam implantar nos países membros as normas internacionais de comercialização de sucedâneos do leite materno e alimentos para lactentes. A IBFAN é formada por mais de 160 países ativistas no combate à alimentação artificial, contando com membros voluntários dos mais diversos setores profissionais, além de pais e mães voluntários. Seu principal objetivo é melhorar as práticas de aleitamento por meio de divulgação do conhecimento e sensibilização da população, que deve ser capacitada para promoção, proteção e apoio das práticas saudáveis de alimentação infantil (IBFAN, 2009).

No Brasil, a rede IBFAN se instalou em 1983 e conseguiu a aprovação de sua legislação em 1988. Essa legislação constituiu-se na primeira Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL). Dentre outros aspectos, essa norma regulamentava a comercialização dos alimentos infantis industrializados, proibia os fabricantes de incentivarem o uso das fórmulas lácteas, proibia a distribuição gratuita ou de amostras de leite em pó, proibia o incentivo monetário a profissionais/instituições relacionados com a alimentação infantil e o patrocínio de pesquisas, eventos ou de pessoas que orientam a alimentação de lactentes (IBFAN, 2009).

Desde 1981, o jovem movimento pró-aleitamento passa a apresentar uma forte inserção estatal, com o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que desencadeou um amplo movimento de valorização da prática da amamentação natural na sociedade brasileira (Brasil, 2009b).

Em meio aos resultados alcançados por esse programa e suas versões subseqüentes, destacam-se: a implantação do sistema de alojamento

conjunto nas maternidades; o estabelecimento de normas para a implantação e funcionamento de bancos de leite humano; a instituição de um código de comercialização dos sucedâneos do leite materno; a licença maternidade com duração de 120 dias, sem prejuízo para o emprego e salário; o direito das presidiárias permanecerem com seus filhos durante o período da amamentação; a inclusão do tema em currículos escolares; a realização de programas de capacitação de recursos humanos em diferentes níveis de complexidade da atuação à saúde; a criação de grupos de apoio a mulheres que amamentam e o desenvolvimento de pesquisas e estudos em colaboração ao tema (Brasil, 2009a).

Como resultado da política estatal, foi registrado um crescimento substancial da amamentação natural nos anos 80 do século XX. A amamentação de crianças brasileiras subiu de 7% para 30% na primeira metade dessa década na faixa etária dos zero aos quatro meses. No entanto, apesar de todo esforço que continuou a ser despendido, observou-se uma tendência de estabilização neste índice, que foi ampliado em apenas três pontos percentuais no decurso dos cinco anos subseqüentes, atingindo a marca de 33%, em 1989. Assim, o início dos anos 90 foi marcado por uma crescente e visível crise do paradigma de estímulo à amamentação (Monteiro, 1997).

Em 1989, surgiram as primeiras campanhas brasileiras de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, sendo as mães e os profissionais de saúde o público alvo. Foi divulgado documento reconhecendo o papel essencial das maternidades e dos profissionais de saúde, através de uma declaração conjunta entre a OMS e UNICEF. Essa declaração conjunta visava proteger os lactentes principalmente de abusos observados no ambiente hospitalar: distribuição gratuita de leite infantil industrializado, presença de material de propaganda sobre o uso destes leites, incentivos, até mesmo financeiros, aos hospitais e profissionais que utilizavam ou recomendavam estes leites aos lactentes, entre outros. Em 1990, com a *Declaração de Innocenti* (Anexo A), a condenação dessas práticas se tornou

mais contundente. Em 1991, foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC (WHO, 1994).

A IHAC surgiu em consequência à *Declaração de Innocenti*, e visa, principalmente, organizar a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nas instituições de saúde que realizam atenção à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Em 1992, essa iniciativa foi incorporada pelo Ministério da Saúde Brasileiro como ação prioritária e conta com o apoio das secretarias estaduais e municipais de saúde. É uma certificação que os hospitais recebem tornando-os referência em amamentação para seu município, região e estado e merecedores de um estímulo financeiro, reconhecido pela Portaria GM 1117, de 07 de Junho de 2004 (Ministério da Saúde, 2009).

O maior objetivo dessa estratégia é mobilizar as equipes de saúde dos hospitais e maternidades para que modifiquem suas condutas e rotinas que resultem no desmame precoce e, para isso, foram criados os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” listados abaixo:

1. *Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida à toda equipe de cuidados de saúde;*
2. *Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política;*
3. *Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;*
4. *Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento;*
5. *Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;*
6. *Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica;*
7. *Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia;*
8. *Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;*

9. *Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas;*
10. *Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade (WHO, 2009).*

Como vantagens para a instituição, além de estímulo financeiro, incluem-se um ambiente mais calmo e tranquilo, menor taxa de infecção neonatal, melhora do trabalho em equipe, melhora na imagem e prestígio e maior segurança, em casos de emergência e catástrofes. A IHAC ainda conta com o apoio da Rede Brasileira de Bancos de Leite e da Rede Amamenta Brasil, que visam auxiliar na manutenção da amamentação (Brasil, 2009c).

A promoção do aleitamento para a população em geral ganhou no país várias mídias. A cada ano, o Ministério da Saúde lança uma campanha televisiva, em nível nacional. A sociedade civil é chamada a participar, sendo parceiras instituições de renome como o Serviço Nacional de Aprendizado Comercial (SENAC), além das tradicionais agências internacionais IBFAN e UNICEF.

Na área da proteção ao aleitamento, as ações não pararam. Em 1992, a NBCAL foi revista e ampliada, começando a contar também itens reguladores da comercialização de produtos para lactentes, crianças na primeira infância, chupetas, bicos artificiais e mamadeiras. E, em 2002, a Portaria GM 2051 e as Resoluções RDC 221 E 222 da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) vieram apoiar esta idéia. Justamente pelas lacunas existentes a NBCAL continua em modificação (Brasil, 2009c).

As licenças maternidade e paternidade, assim como a NBCAL, são exemplos de políticas brasileiras de proteção à amamentação. A proteção à gestante já era objeto de preocupação dos legisladores constituintes mesmo antes da promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) pelo Decreto Lei no. 5.452 de 1º de maio de 1943. Sob o ponto de vista legal, a proteção referida teve início com a Constituição de 1934 (art. 121, § 1º, h),

seguida das Constituições de 1946 (art. 157, X), de 1967, bem como na redação da Emenda n.1 de 1969, sempre garantindo a gestante o emprego e o direito ao repouso remunerado antes e depois do parto (CLT).

Em relação à licença maternidade, a CLT dá direito a toda mulher trabalhadora a 120 dias de licença remunerada após o nascimento de seu filho, não podendo ser demitida a partir do momento da confirmação da gravidez até cinco meses após o parto. A Constituição Brasileira ainda garante um ou dois períodos adicionais de 30 minutos diários para a mãe que amamenta e retorna da licença maternidade, até os seis meses de idade da criança, como período adicional para lactação. Esse período pode ser aumentado sob acordo com a instituição ou sob recomendação médica, de 120 para 180 dias. A ampliação da licença-maternidade de quatro para seis meses, além de trazer benefícios para a saúde do binômio mãe-filho, deve ser vista como um investimento vantajoso ao empregador, pela diminuição do absenteísmo, redução dos custos para o sistema de saúde, maior produtividade e bem-estar para as funcionárias (CLT). Ressalta-se que no Brasil a partir de 2008, oficialmente, propôs-se o Programa Empresa Cidadão, destinado à prorrogação da licença-maternidade em 60 dias, mediante concessão de incentivo fiscal, sendo que nestes casos os salários são pagos pela instituição onde trabalha a mãe. (Brasil, 2008)

O esforço pró-aleitamento envolve, também, um forte braço educacional, com iniciativas focadas na educação contínua e na formação de profissionais de saúde em nível e graduação e especialização. Por exemplo, o Passo 2 da IHAC prevê que todos os profissionais de saúde que atendem gestantes, mães e recém nascidos em maternidades devem ser treinados em manejo clínico da amamentação, mediante curso de capacitação, com 18 horas, desenvolvido pelo UNICEF e adaptado para o Brasil. Esse curso visa conscientizar os profissionais sobre o risco da alimentação artificial, motivá-los para o incentivo ao aleitamento e principalmente capacitá-los para o manejo das dificuldades iniciais. São abordados: importância do aleitamento materno para a saúde infantil,

fisiologia da lactação, como amamentar, prevenção e manejo de fissuras, ingurgitamento e mastite, entre outros temas (UNICEF, 1993). Permeado por caráter disseminativo, essa ação educativa pode ser ministrada por pessoas previamente treinadas para este fim. Também, preconiza-se a capacitação de vários profissionais de cada maternidade em aconselhamento, mediante outro curso, com 40 horas, que além dos conteúdos já referidos no curso anterior, dá maior ênfase no desenvolvimento da habilidade de apoiar mães para amamentar (WHO, 1994).

Entretanto, verificou-se que qualificar profissionais de maternidade para estímulo e apoio ao aleitamento nas primeiras horas de vida faz aumentar os índices de amamentação até o primeiro mês, sem se constatar influência positiva para além deste período (Coutinho et al., 2005).

Apesar da existência de algumas experiências municipais para a promoção do aleitamento materno na atenção básica, percebe-se que a grande maioria das políticas públicas e das ações correlatas, que foram implementadas no Brasil desde a década de 1980, teve como foco principal a rede hospitalar. Fez-se necessário, então, uma política nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno voltada à atenção básica em saúde (Brasil, 2009a).

Em 2008, a Rede Amamenta Brasil foi instituída pelo Ministério da Saúde com a publicação da Portaria nº 2.799, com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil pelo aumento dos índices de aleitamento materno no país. Como objetivos específicos, a Rede propõe: contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde a fim de se tornarem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do aleitamento materno; contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde para uma prática integralizadora em aleitamento materno; discutir a prática do aleitamento materno no contexto do processo de trabalho das unidades básicas de saúde; pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, a partir da realidade das unidades básicas de saúde e monitorar os índices de aleitamento materno nas

populações atendidas pelas unidades básicas de saúde certificadas pela Rede Amamenta Brasil. Portanto, essa rede se constitui em mais uma estratégia em prol do aleitamento materno, desenvolvendo-se, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde que cumprirem os critérios de inclusão definidos oficialmente. Cabe ressaltar que esse trabalho deve ser de forma articulada com a Rede de Bancos de Leite Humano, a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal e com o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, contando com a participação de representantes de cada uma dessas instituições (Brasil, 2009a).

Mesmo considerando todos os esforços para interferir positivamente nos fatores determinantes do sucesso do aleitamento materno, em vários países, as taxas de iniciação da amamentação ainda são baixas, como é o caso da França, Itália, Holanda, Espanha, Suíça e Reino Unido. Na Suécia, uma exceção, 98% das crianças, em 1990, tinham mamado em algum momento de suas vidas. Progressos nas taxas de alimentação exclusiva com leite materno até os quatro meses foram obtidos na Polônia, que passou de 1,5%, em 1988 para 17% em 1995; na Suécia, de 55% em 1992 para 61% em 1993; e na Armênia, de 0,7% em 1993 para 20,8% em 1997 (WHO, 2001).

Os dados da OMS, do final do século XX, sobre a região das Américas indicam que a porcentagem de crianças que chegaram a mamar em algum momento é alta em alguns países: Chile 97% em 1993, Colômbia 95% em 1995 e Equador 96% em 1994. Por outro lado, as taxas de amamentação exclusiva até quatro meses, ainda que altas se comparadas com outras regiões do mundo, são mais modestas e estavam caindo nas décadas de 80 e 90 em vários países: Bolívia, 59% em 1989, e 53% em 1994; Colômbia, 19% em 1993 e 16% em 1995; República Dominicana, 14% em 1986 e 10% em 1991 (WHO, 2001).

No Brasil, com a divulgação dos primeiros resultados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) em 1996, verificou-se a já

suspeitada tendência ascendente da prática da amamentação. Para a população de crianças entre zero e quatro meses de idade, entre os anos de 1986 e 1996, a frequência da amamentação elevou-se de 33,5% para 55,3%, ao redor de um ano de idade (10 a 14 meses), passou de 27,5% para 37,1% (Monteiro, 1997). Dados locais e regionais seguem a tendência nacional de aumento das taxas de aleitamento, sendo identificados muitos contrastes, inclusive entre municípios geograficamente próximos.

Amplo estudo envolveu 111 municípios paulistas, em 1998 e 1999 e, além dos resultados globais, apontou reduzida prevalência do aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro meses de vida, com rápida redução na frequência nos primeiros dias de vida da criança (Venancio et al., 2002).

Estudo mais recente, abrangendo o território nacional, revelou que houve aumento da prevalência de AME em menores de quatro meses no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal, de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008. A comparação entre as regiões apontou aumentos mais expressivos nas regiões Sudeste, Norte e Centro-Oeste. A comparação do percentual de crianças entre nove e doze meses amamentadas, entre 1999 e 2008, também mostrou aumento nos referidos locais, passando de 42,4%, em 1999, para 58,7%, em 2008 (Brasil, 2009b).

Os dados obtidos pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS/2006 quanto aos índices de aleitamento materno do Brasil revelam a prevalência da amamentação exclusiva de 38,6% em menores de seis meses (Segall-Correa, 2009).

Assim, apesar das melhoras observadas nos índices de aleitamento materno no país, permanece a necessidade da continuidade de investimentos e estudos nesta área.

1.3 Determinantes da prática do aleitamento materno

Admitindo a influência na amamentação de fatores mais amplos, estruturais e conjunturais, inerentes a cada organização social, têm-se

atentado também à influência de aspectos mais proximais, inerentes ao contexto e sujeitos envolvidos com a amamentação. Estudos realizados no Brasil na última década, sobre possíveis fatores de risco para a não prática do aleitamento materno ou sobre seus fatores protetores, têm contribuído nesse sentido.

Características ou atributos das mães dos recém-nascidos imprimem importante papel sobre a duração do aleitamento materno. Em estudo com dados de 111 municípios paulistas foram identificadas várias condições individuais de risco para o desmame: baixa escolaridade materna, primiparidade, idade materna inferior a 20 anos, criança do sexo masculino, baixo peso ao nascer, fatores de natureza comportamental: como uso de chupeta e oferta de chá no primeiro dia da criança em casa após a alta hospitalar; e determinantes contextuais: como acompanhamento na rede pública de serviços de saúde e existência de um Hospital Amigo da Criança no município. Esse estudo também revelou que houve um aumento da chance de aleitamento materno exclusivo com o aumento da idade materna até a faixa etária entre 25 e 29 anos, sendo que a partir daí os índices se estabilizam e depois diminuíram ligeiramente, na faixa de idade materna acima de 35 anos. Quanto à situação de trabalho materno, verificou-se nesse mesmo estudo, que as mulheres que não trabalham fora de casa parecem amamentar exclusivamente por mais tempo. Mesmo com condições de trabalho favoráveis, mulheres empregadas em indústrias de São Paulo precisaram mais do que apenas benefícios trabalhistas para amamentar exclusivamente por quatro a seis meses e manter a amamentação prolongadamente (Venâncio, 2002).

De acordo com estudo realizado em Londrina/PR, primíparas possuem um risco maior para a não prática do aleitamento materno exclusivo. O índice de aleitamento materno se elevou de acordo com o aumento do número de filhos, principalmente quando a mãe foi bem sucedida na amamentação dos primeiros filhos (Vannuchi et al., 2005).

Venâncio et al. (2002) afirmam que vários estudos brasileiros recentes apontam taxas de aleitamento materno exclusivo maiores em mulheres com maior escolaridade, observando-se um efeito do tipo “dose resposta”, ou seja, a chance de aleitamento materno exclusivo aumenta à medida que aumenta o nível de escolaridade da mãe, de tal forma que mulheres que têm o terceiro grau incompleto/completo têm o dobro de chance de amamentarem exclusivamente seus filhos nos primeiros seis meses de vida quando comparadas às mulheres que não completaram o primeiro grau. Para os autores, o caminho pelo qual a escolaridade materna influi sobre as chances de sucesso do aleitamento materno exclusivo envolve, possivelmente, tanto aspectos ligados ao conhecimento, como também ao nível socioeconômico das mães (Venâncio et al., 2002). Cabe lembrar que a escolaridade tem sido considerada, em nosso meio, um indicador válido de condições gerais de vida e de acesso a bens e serviços.

No município de Botucatu/SP, estudo apontou que dificuldades no início do aleitamento e o hábito de chupar chupeta são importantes e significativos fatores de risco para o abandono do aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses (Carvalhoes, Parada e Costa, 2007). No município de Cuiabá/MT, foi observado que fatores culturais modificáveis, como os hábitos de oferecer chupeta e chá no primeiro dia do recém-nascido em casa após o parto, estavam associados com a interrupção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 120 dias de vida (França et al., 2007). Dados semelhantes foram obtidos em Londrina/PR, em estudo já citado (Vannuchi et al., 2005).

O tipo de parto é outro fator que pode influir muito proximamente sobre o início do aleitamento e dessa forma, afetar a duração do aleitamento materno exclusivo. Em estudo realizado no sul do Brasil, observou-se que a duração da amamentação foi similar entre os nascidos por parto vaginal e cesariana emergencial, mas as crianças nascidas por cesariana eletiva apresentaram um risco três vezes maior de interrupção da amamentação no primeiro mês de vida (Widerpass et al., 1998). As maternidades, também,

podem desestimular a amamentação, quando não possuem alojamento conjunto, quando as primeiras mamadas acontecem tardiamente e quando utilizam mamadeiras e bicos para a oferta de líquidos aos recém-nascidos (Maia et al., 2006).

No estudo de Londrina/PR, as crianças que realizavam seguimento ambulatorial na rede pública apresentaram uma chance 2,08 vezes maior de interromper o aleitamento materno exclusivo quando comparadas àquelas acompanhadas na rede privada e conveniada. Para os autores, a menor prevalência de aleitamento materno exclusivo nas crianças atendidas pela rede pública, provavelmente, deve-se às piores condições socioeconômicas da população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Vannuchi et al., 2005).

De um modo geral, essas investigações corroboram a premissa de que a prática da amamentação, em diferentes pontos do território nacional, sofre influências de determinantes mais gerais das condições de vida e de saúde quanto de aspectos muito ligados às experiências de vida, de gestação e de maternidade.

Cabe ressaltar que, em municípios brasileiros que implantaram ações preconizadas pró-amamentação, observou-se a influência positiva dessas em relação às características e aos hábitos individuais e sócio-culturais que poderiam culminar na interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, atenuando o impacto negativo de tais fatores. Afirma-se, assim, que práticas de cuidado e rotinas assistenciais dirigidas aos recém-nascidos são ações que efetivamente modificam as chances de aleitamento materno, especialmente no que se refere a sua exclusividade nos primeiros meses de vida da criança (Venancio, 2002).

1.4 Experiências com a amamentação: contribuição dos estudos qualitativos

Atualmente reconhece-se, tanto no meio acadêmico quanto no âmbito dos responsáveis pelas políticas e programas pró-aleitamento que, para ampliar a capacidade de atuação positiva dos serviços de saúde, é necessário também compreender o processo de amamentar ou de não amamentar, na visão das mães e de seus familiares, amigos e ambiente (Brasil, 2009a).

Pode-se afirmar que a literatura focada na temática acima, que pressupõe estudos qualitativos, começou timidamente no início da década de noventa do século passado, tomando grande impulso logo a seguir, em âmbito nacional e internacional. Em vários países, as mulheres têm sido convidadas a falar e a compartilhar com pesquisadores sua experiência como nutrízes. Há estudos focando as mães que não tiveram sucesso no aleitamento materno e há, também, estudos que buscaram aquelas que lograram amamentar por períodos mais próximos das recomendações e além do habitual no contexto onde viviam.

Tendo em vista que a amamentação é socialmente condicionada, sendo um ato impregnado de ideologias e determinantes resultantes das condições concretas de vida de cada mulher, Almeida e Novak (2004), utilizando análise compreensiva sob a perspectiva do realismo histórico, evidenciaram a relação acima na sociedade atual, expressando-a como “amamentação: um híbrido natureza-cultura”. Assim, a não prática da amamentação e o desmame precoce não decorrem apenas do desconhecimento das vantagens do aleitamento materno e da pega correta ou da falta de ajuda para superar dificuldades comuns, como traumas mamilares e ingurgitamento. Também, não se tratam apenas de fenômenos comerciogênicos ou iatrogênicos, devido às práticas inadequadas dos profissionais ou da necessidade das mulheres de trabalharem fora, mas de tudo isso. Ou seja, os problemas com a amamentação acontecem devido à

interação entre biologia e cultura. Ainda, para esses autores, a chave do sucesso do aleitamento materno está no apoio e no cuidado com as mães dispensado, principalmente, pelos profissionais de saúde, que será tanto mais efetivo quanto mais os profissionais souberem lidar com a ambigüidade materna, oscilando entre o querer e o poder. Neste sentido, visões reducionistas dos fatores determinantes do aleitamento materno não são capazes de explicar o desmame e de conduzir a intervenções pró-aleitamento realmente efetivas (Almeida e Novak, 2004).

Nakano (1996) identificou e deu visibilidade aos sentimentos contraditórios e ambíguos das mulheres que viveram alguma experiência de aleitamento materno ao sintetizá-los como “amamentação: oscilação entre desejo e fardo”. Tais interpretações já haviam sido anteriormente produzidas por Silva (1990), revelando a importante parcela de emoção envolvida na amamentação.

Estudo realizado com 20 primíparas de Ribeirão Preto/SP, entrevistadas em torno de um mês após o parto, evidenciou duas temáticas: situações envolvendo dificuldades com a amamentação e atores agindo no cuidado frente às dificuldades. A interpretação da experiência das mães envolveu concepções de corpo e maternidade e de espaços de referência e poder. As mulheres iniciaram a amamentação dentro das regras e limites da instituição de saúde onde o parto ocorreu, no caso, hospitais amigos da criança, assim, relataram terem recebido o recém nascido para mamar na sala de parto e orientações que enfatizaram a amamentação como a melhor forma de alimentar o recém-nascido, pelo seu conteúdo de nutrientes e capacidade de proteção contra doenças, que foram aconselhadas a amamentar em livre-demanda e sobre a pega correta. Segundo as mães, os profissionais, também, passavam mensagens estimulando-as a serem pacientes, perseverantes, a não recuar diante de dificuldades. Os relatos deixaram claro o poder dos profissionais no espaço da maternidade, porém este é um poder temporário e curto. A prática da amamentação se consolida (ou não) em outro espaço, o das experiências diárias envolvendo sensações

corpóreas variadas, que são interpretadas com base em constructos sociais. Por exemplo, a dor ao amamentar que é um sinal precoce de problemas na pega, na visão dos profissionais, tem entendimento diverso nas mães, sendo encarada como parte natural do processo, a ser suportada para o bem do filho; o ingurgitamento mamário, para as mulheres do estudo, embora desconfortável, é interpretado como sinal de boa produção de leite, de que seu corpo funciona bem, enquanto para os profissionais constitui sinal inequívoco de desequilíbrio entre produção e demanda, merecedor de pronta busca de ajuda profissional. No contexto social, extra maternidade, são as mulheres mais experientes que surgiram como referência materna: através de ações, interpretações e interações, essas mulheres, principalmente, mas também outros agentes da rede social materna expressam solidariedade à mulher que se inicia como nutriz e como mãe, ao mesmo tempo em que valores éticos e morais relacionados com o que é ser boa mãe são transmitidos e reafirmados. Laços afetivos e relações pessoais são os valores culturais que ocupam o primeiro lugar em ordem de influência sobre as decisões, atitudes e comportamentos maternos referentes ao cuidado com seu filho, incluindo a forma de alimentá-lo (Nakano et al., 2007).

Em ambiente culturalmente diverso, foram entrevistadas onze mães do Piauí que desmamaram precocemente, apesar de valorizarem o aleitamento materno. Os motivos referidos para o desmame foram problemas ou intercorrências contornáveis: problemas na mama, recusa da criança em pegar a mama, baixa produção de leite ou o baixo valor nutritivo do leite (Araújo et al., 2008).

Destaca-se que os últimos motivos referidos para o desmame precoce do estudo acima, são reconhecidos como o constructo cultural “leite fraco”. Ou seja, culturalmente, apresenta-se um modelo explicativo oriundo do movimento higienista do final do século XIX para acomodar o insucesso na amamentação sem expor as mulheres à censura social, dado o contexto então vigente, de alta valorização moral do aleitamento, recomendado como

“dever sagrado ou demonstração de amor materno”. Um slogan que pode resumir emblematicamente a campanha higienista “*A saúde do seu filho depende de você. Amamente.*”. (Almeida, 1999). Ainda hoje, muitas mulheres utilizam (inconscientemente) esse constructo para colocar a explicação da interrupção do aleitamento em algo sobre o qual não tem controle - o funcionamento (inadequado) de seu corpo.

Um interessante estudo de revisão sobre a experiência materna de alimentação artificial, na atualidade, envolvendo seis estudos qualitativos realizados em países de língua inglesa (Estados Unidos, Inglaterra, Nova Zelândia e Austrália), apóia essa afirmativa, ao perceber nas mães que não amamentavam, muitos sentimentos negativos como culpa, fracasso e vergonha, mas também um sentimento altamente positivo, o alívio por, finalmente, terem encontrado uma maneira de alimentar mais fácil de por em prática (Lakshman, Ogilvie e Ong, 2009).

Outro estudo realizado com mães que amamentaram por períodos prolongados e com aquelas que amamentaram por muito pouco tempo, incluindo mulheres americanas brancas e negras de todos os níveis socioeconômicos (n=152), explorou em grupos focais os fatores psicossociais subjacentes à experiência bem sucedida de aleitamento materno exclusivo por seis meses. O processo que emergiu das mulheres bem sucedidas foi descrito como “confident commitment” ou “engajamento confiante”. As mulheres que amamentaram exclusivamente por seis meses manifestaram, de alguma forma, confiança em seu engajamento no aleitamento materno. Segundo os autores, esta confiança está relacionada com senso de eficácia, atribuído a pessoas que lutam e sustentam seus esforços mesmo diante de eventuais fracassos parciais, atribuindo-os ao insuficiente esforço ou à falta de habilidades ou de conhecimentos que, em sua visão, podem ser adquiridos (Avery et al., 2009).

No estudo anterior, as mães que amamentaram de modo mais efetivo não foram aquelas que previamente (na gestação) acreditavam apenas em sua capacidade de amamentar e que tudo daria certo, tampouco aquelas

que não vivenciaram dificuldades ou obstáculos no início do processo. As que obtiveram sucesso foram aquelas que acreditavam serem capazes de superar as dificuldades e que apresentaram confiança no processo como pré-requisito para o aleitamento prolongado. Mães que confiaram em seu próprio julgamento sobre o bem estar de seus filhos e escolheram amamentar, superando adversidades e pressões contrárias foram bem sucedidas. Dentre as repercussões desse estudo, os autores trazem importante reflexão para os profissionais de saúde: apresentar o aleitamento como um processo natural, fácil, fisiológico, pode não favorecer o “engajamento confiante”, contribuindo para que muitas mães não amamentem conforme as recomendações. Com base nos dados dos grupos focais, foi observado que muitas mães não compreendiam o aleitamento como uma prática a ser aprendida. Mulheres usando fórmula láctea interromperam o aleitamento materno quando, na prática, ao contrário do que supunham quando estavam grávidas, descobriram que não era fácil amamentar. O entendimento do aleitamento materno como algo que tem que ser ensinado e aprendido favoreceria a aceitação materna das dificuldades como questões a serem superadas e não como um fracasso pessoal e, também, abriria mais espaço para a atuação de profissionais e grupos de apoio (Avery et al., 2009).

Como mais uma contribuição para a sistematização do conhecimento prévio sobre a amamentação vista pelo lado materno, encontram-se os resultados de uma metassíntese de estudos qualitativos sobre o assunto, publicados em língua inglesa, no período entre 1996 e 2006, realizada por Nelson (2006). O objetivo dos autores não foi apenas compilar os resultados dos estudos e reuni-los em uma só publicação, mas sim ampliar a compreensão da experiência materna de amamentar, com vistas à aplicação na prática clínica, na formulação de políticas e na identificação de áreas para novos estudos. Foram selecionados 15 estudos, 8 americanos, quatro (4) australianos, dois (2) canadenses e um (1) do Reino Unido. Ao todo, 247 mulheres foram ouvidas, incluindo mães com prática de aleitamento materno

duradouro ou curto, que vivenciaram dificuldades ou sem experiência de dificuldades, de variados níveis sociais e culturais, favorecendo, segundo os autores, a construção de um rico quadro interpretativo. Os resultados foram apresentados na forma de expressões sintetizadoras da essência do processo de amamentar, de três temas subjacentes e um grande número de subtemas. Mesmo considerando que a generalização dos achados desse estudo para outras populações não seja possível, pela natureza e diversidade do ambiente, com relação, por exemplo, ao das mulheres brasileiras, ele representa a mais significativa contribuição da literatura para a compreensão da experiência de amamentação, na atualidade (Nelson, 2006).

A síntese do processo elaborada por Nelson (2006), foi denominada por “an engrossing personal journey”, traduzida como “uma envolvente jornada pessoal”. Embora as pessoas possam apoiar as mães, ajudá-las, amamentar é, ao final, uma responsabilidade solitária. A idéia é de grande envolvimento, de um processo que ocupa o corpo e a mente quase integralmente, que exige tempo, dedicação, adaptações no ritmo de vida. Há, também, o sentido de um compromisso duradouro, que exige persistência. E mais, é um compromisso pessoal, íntimo, presencial, como uma jornada, metáfora cunhada a partir de um estudo com abordagem fenomenológica sobre a hipogalactia percebida. “Maternal-infant capacity” ou “capacidade materno-infantil” foi um subtema que emergiu de vários estudos, revelando a incerteza das mães quanto à sua capacidade de produzir leite e de fazer bem o seu papel de mãe junto à criança. Para a mãe, descobrir-se capaz de produzir leite foi uma experiência muito agradável, no sentido de ser necessária e importante para alguém. Reações negativas também apareceram nas mães, como sensação de perda de controle sobre o corpo ou sensação de desconforto e repulsa. Esses resultados contribuíram para a incorporação do conceito “pessoal” na compreensão do processo de amamentar (Nelson, 2006).

A importância de pesquisas qualitativas sobre a amamentação na visão das mulheres pode ser percebida pelas recomendações finais apresentadas no artigo anterior. Os autores destacaram as implicações dos resultados dos estudos qualitativos, apontando a necessidade de maior sensibilização dos profissionais de saúde para com os significados e repercussões do aleitamento na auto-estima materna. Houve também, a recomendação da inclusão da mãe e dos membros de sua rede social mais próxima na elaboração de um plano preliminar, modificável e pessoal de amamentação, que levasse em conta os objetivos maternos, seus conhecimentos, nível de compromisso, envolvimento com o processo, conforto com seu corpo e modo de vida. Ou seja, consideraram que, no apoio ao aleitamento, as estratégias e recomendações sejam particularizadas e não a mera repetição das normas e guias populacionais (Nelson, 2006).

Pelo exposto, evidencia-se que a amamentação exclusiva até os seis meses e complementada até dois anos ou mais de vida da criança é reconhecidamente um importante fator de proteção a saúde que requer, ainda nos dias atuais, esforços dos diversos segmentos sociais correlatos para se tornar uma prática pessoal amplamente adotada.

Indo em direção aos estudos capazes de apreender o significado do processo de amamentar, a partir dos sujeitos que o vivenciam, a presente pesquisa pressupõe que mães e suas famílias estão expostas às diversas influências potencializadoras e dificultadoras do referido processo, que se mostram como tal, dependendo das experiências particulares desses sujeitos que se inserem em determinada realidade cultural.

As questões centrais que motivaram esse estudo foram: Quais os conhecimentos, expectativas, percepções e sentimentos quanto ao aleitamento materno por parte de mulheres de baixa renda, usuárias do SUS? Como e onde se apropriaram desses conhecimentos? Como se organizavam e realizavam essa prática? Quais os aspectos individuais, familiares e culturais envolvidos nessa experiência?

Assim, esse estudo foi proposto com o intuito de ampliar a compreensão sobre experiências cotidianas com a amamentação em famílias de baixa renda usuárias dos SUS, visto que há ainda uma incipiente produção científica nacional para subsidiar a prática dos profissionais de saúde no sentido de apoiar, de fato, as nutrizes nessa prática.



Objetivos

Em geral, pretendeu-se compreender experiências de amamentar, a partir de mães egressas de maternidade de um município de pequeno porte do interior paulista, usuárias do Sistema Único de Saúde.

Especificamente, buscou-se apreender conhecimentos, expectativas, percepções e sentimentos das nutrizes, bem como identificar, no cotidiano de suas vidas, os aspectos individuais, familiares e culturais presentes nessa experiência.



Aspectos Metodológicos

3.1 Tipo de estudo

Para a realização deste estudo foi escolhida a abordagem qualitativa de pesquisa, por considerá-la a mais adequada aos objetivos e finalidades propostos, que se voltam principalmente aos aspectos subjetivos do aleitamento materno no contexto familiar. A pesquisa qualitativa é um tipo de pesquisa que não pode ser mensurada com valores numéricos e, hoje, ocupa lugar de grande interesse, principalmente, quando se trata de estudo do comportamento. Ela consegue responder a questões muito particulares, trabalhando um universo de significados, motivos, valores, aspirações, crenças e atitudes, que não podem ser quantificados. Corresponde ao estudo do profundo, das relações, dos processos e dos fenômenos (Minayo, 2006).

Trata-se de estudo inserido no campo das pesquisas sociológicas e anropológicas em saúde, de caráter compreensivista, adotando como referencial teórico-metodológico a Antropologia Cultural e a Etnografia.

A antropologia vem sendo utilizada por profissionais de diferentes áreas, envolvidos em estudos que se preocupam em problematizar e compreender como os indivíduos vivem o seu mundo. Problematizar a idéia de experiência significa assumir que o modo como os indivíduos compreendem e se engajam nas situações em que se encontram, ao longo de suas vidas, não pode ser deduzido de um sistema coerente e ordenado de idéias, símbolos ou representações. A descrição etnográfica moderna é uma metodologia qualitativa que teve sua origem na antropologia cultural (Melleiro e Gualda, 2004).

Ressalta-se que a escolha do método não é feita ao acaso. É necessário entender o objeto da pesquisa, o enfoque que se quer dar, e a forma de abordagem para a compreensão dos dados obtidos. A preferência, neste caso, se deu devido ao fato de que o método etnográfico permite a aproximação do cotidiano e da dinâmica do grupo

social, facilitando a compreensão do fenômeno, bem como sua descrição minuciosa e densa (Minayo, 2006).

Vale lembrar que esse tipo de estudo, que tem suas raízes na antropologia e na sociologia, ramos da ciência que estudam o ser humano e seu comportamento, não tem a pretensão de produzir análises culturais totalizantes (Minayo, 2006).

Usando a etnografia, o pesquisador tem que se responsabilizar por descrever o processo único ou distintivo de comportamento de uma cultura ou subcultura, com o objetivo primordial de compreensão profunda e comunicação. Entende-se por cultura, todos os costumes envolvidos pela parcela da população a ser estudada, seus hábitos e relacionamentos, podendo ser definida como um sistema compartilhado de significados, que é aprendido, revisado, mantido e definido no contexto em que as pessoas interagem. Subcultura está intimamente relacionada à cultura, mas se refere a subgrupos que divergem em certos sentidos da cultura dominante em valores, crenças, normas, códigos morais e maneiras de viver (Leninger, 1985).

Considera-se que a pesquisa etnográfica mostra também como a compreensão da realidade deve ser baseada na compreensão de sensações e sentimentos. É necessário que o pesquisador etnográfico empenhe todos os seus sentidos para a compreensão do fenômeno a que se propõe o estudo. É necessário entender, estar junto, dentro do ambiente, ter certa familiaridade, entrar no mundo do sujeito (Lüdke e André, 1986)

O estudo etnográfico tem por base três etapas (Lima et al., 1996), que foram percorridas na realização da presente pesquisa, a saber:

- Exploração: envolve a seleção e definição do tema, escolha do local, estabelecimento de contato para entrada no campo de estudo.

- Decisão: é a busca sistemática dos dados escolhidos para serem analisados, assim interpretando e entendendo o fenômeno estudado.

– Descoberta: é a explicação da realidade, onde se interpreta e se entende o fenômeno.

O olhar etnográfico, assim, possibilita introduzir o ponto de vista “para além do olhar”. E, o início do contato com o informante, com o sujeito da pesquisa, é ponto crucial neste tipo de pesquisa que envolve bloqueios, sentimentos, preocupações, culturas diferenciadas e inserção do pesquisador na vida do pesquisado. Existe uma barreira que é necessária ser transposta, para que os dados sejam fidedignos. Esta transposição envolve angústia, construção de confiança, aproximação entre as partes. É uma troca, que muitas vezes pode incluir muito mais a vida do pesquisador do que do próprio pesquisado, causando perda do foco do estudo. É uma comunhão que vai além das diferenças culturais. Por isso, é imprescindível a constante delimitação das relações, para que o vínculo estabelecido não interfira no estudo e, também, sujeitar-se à dinâmica e correr o risco de se ter que construir novas ferramentas para análise dos dados que não interfiram em sua compreensão (Magnani, 2002). Desse modo, esse método procura encontrar um significado mais profundo ou a descrição de uma cultura específica, grupo ou comunidade (Holloway e Wheeler, 2002).

A etnografia é, portanto, considerada como uma apropriada vertente de estudo para a enfermagem, quando se pretende estudar aspectos culturais dos sujeitos e dos grupos em que se inserem, levando em conta tudo que é experimentado pelos mesmos, em seus cotidianos, buscando entender a lógica da realidade, sem distorcê-la, descrevendo os significados explícitos e implícitos, demonstrando-os logicamente (Lima et al., 1996).

Souza e Barroso (2008) concordam com a importância da Etnografia para a Enfermagem, especialmente quando se pretende investigar fenômenos da saúde que os sujeitos possam interferir de forma direta por meio de crenças e valores cultivados em seu ambiente cultural. Essas

autoras destacam, ainda, a propriedade da aplicação desse tipo de estudo para subsidiar novas e eficientes formas de elaborar o cuidado de enfermagem (Souza e Barroso, 2008).

3.2 Cenário cultural da pesquisa

Lençóis Paulista é uma cidade do interior do estado de São Paulo, que tem cerca de 60 mil habitantes. É uma cidade altamente industrializada, com uma grande parcela da população possuidora de planos particulares de saúde. O SUS conta com um hospital filantrópico de nível secundário (média complexidade), seis unidades de saúde da família (USF), quatro unidades associadas à estratégia de saúde da família com o programa de agentes comunitários de saúde (PACS), quatro unidades básicas de saúde (UBS) e um ambulatório central de especialidades.

A Maternidade Angelina Zillo, da Associação Beneficente Hospital Nossa Senhora da Piedade (HNSP), é uma instituição hospitalar conveniada ao SUS, que se caracteriza pelo atendimento secundário, realizando partos e atendimento em obstetrícia de média e baixa complexidade. Atende também casos referenciados de cidades vizinhas e demanda espontânea de população não pertencente à cidade. Conta com serviços de apoio laboratoriais e de imagem. Está em processo de reformulação dos seus atendimentos, contando no momento com médicos obstetras, atendendo durante as 24 horas do dia, e uma enfermeira obstetriz que atende de segunda sexta feira, em período de 8 horas diárias. Também, há plantão de pediatras à distância para atendimento aos partos nas 24 horas. Neste local são realizados cerca de 60 partos por mês, sendo destes, aproximadamente, 40 pelo SUS.

Em 2008, deu-se o início das ações com vistas à implantação da “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”, com a proibição de bicos artificiais

no local e do uso de sucedâneos do leite materno e com o estímulo à amamentação logo na primeira meia hora após o parto, atendendo ao quarto passo da Iniciativa referida. Em outubro daquele ano foi ministrado um curso de manejo da amamentação, com carga de 18 horas, que visou treinar profissionais de saúde para estimularem e auxiliarem as mães na amamentação. É válido ressaltar que este treinamento foi realizado englobando o pessoal de enfermagem da rede básica de saúde do município. A maternidade realiza, mensalmente, atividade em grupo com gestantes e está em fase de implantação de um protocolo de normas e rotinas a favor do aleitamento materno. Para 2009, é esperada a concretização do ambulatório de aleitamento materno, com coleta de leite humano, para manter apoio contínuo à amamentação no ambiente extra-hospitalar.

É um hospital que está em fase de mudanças para conseguir a Acreditação e o título de “HAC”. Atualmente, após início das mudanças, além das ações já apresentadas, realiza aproximadamente 50% de partos normais e quase a totalidade das puérperas recebe alta em aleitamento materno exclusivo.

3.3 Sujeitos do estudo

Participaram desta pesquisa puérperas primíparas, maiores de idade, da cidade de Lençóis Paulista - SP, que tiveram parto pelo SUS na Maternidade Angelina Zillo do HNRP, sem intercorrências obstétricas e neonatais. Para serem incluídas no estudo, deviam manifestar desejo de amamentar, bem como intenção de participar da pesquisa por seis meses ou até a interrupção completa da amamentação, a partir da data do parto. Além do grupo de puérperas, para complementação das informações, foram incluídos como sujeitos desta pesquisa um familiar de referência, que foi indicado pela própria puérpera.

3.4 Procedimentos de coleta de dados

As estratégias de investigações etnometodológicas utilizam como técnicas de coletas de dados, preferencialmente, a observação participante e a compreensão dos símbolos e categorias empíricas que determinado grupo usa para se referir a seu mundo e aos processos a que está vinculado (Minayo, 2006).

Neste estudo, os dados foram colhidos por meio da observação participante e da entrevista semi-estruturada que permitiram a conformação das categorias empíricas sobre a experiência da amamentação.

Observação participante pode ser definida pelo contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, obtendo informações sobre a realidade dos atores sociais em seu próprio contexto. Enquanto parte desse processo, o observador insere-se face a face com o fenômeno. Assim, os dados acabam sendo obtidos não apenas de perguntas, mas também a partir da vivência da própria realidade (Minayo, 2004).

Por entrevista semi-estruturada entende-se aquela que, partindo de questões básicas relacionadas aos objetivos do estudo, possibilita a ampliação para outras, que surgem à medida que as respostas vão sendo obtidas. Permite, também, que os entrevistados participem da elaboração do conteúdo da pesquisa (Triviños, 1992).

A primeira abordagem da lactante foi realizada durante a internação hospitalar, por meio de entrevista, quando foram colhidos os dados para caracterização sociodemográfica, econômica, domiciliar e sanitária da mesma e de sua família (Apêndice 1), após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice 2).

Na primeira semana de vida da criança foi realizada visita domiciliar sendo colhidos dados sobre a situação de saúde da mãe e filho, especialmente sobre as concepções e experiências da amamentação.

Posteriormente, foram realizadas visitas domiciliares mensais às participantes, até o final do período estipulado para o trabalho de campo, até os seis meses de vida da criança, ou até a interrupção do aleitamento materno.

Da segunda visita em diante, os dados foram coletados considerando o contexto domiciliar e o enfrentamento dos sujeitos em relação à amamentação, levando-se em conta principalmente a perspectiva das mães e das outras pessoas envolvidas neste processo.

As entrevistas foram iniciadas com as seguintes questões norteadoras: 1) *“Fale-me o que você sabe sobre aleitamento materno e como obteve esse conhecimento”*. 2) *“Fale-me sobre sua expectativa/experiência de amamentar seu/sua filho/filha”* ou *“Fale-me sobre sua expectativa/experiência de acompanhar a puérpera/mãe a amamentar seu/sua filho/filha”*. Novas questões foram formuladas e feitas a puérpera/mãe e, também, aos seus familiares, com base em retórica, a fim de se buscar todas as questões centrais do presente estudo.

Todas as entrevistas foram gravadas, para obter conteúdo mais específico e delimitar, posteriormente, as categorias para análise do estudo. As gravações foram guardadas em local seguro e sigiloso. Após a transcrição na íntegra das entrevistas, as gravações foram destruídas.

Ressalta-se que não foi possível aplicar cada técnica de coleta de dados independentemente, pois o desenho do estudo e seu referencial teórico-metodológico favorecem e permitem interação entre os mais variados fatores. Portanto, não foram raras as vezes em que um entrevistado interferiu na fala do outro, havendo momentos de realizar entrevistas quase que simultaneamente.

Salienta-se que a ficha de avaliação das mamadas (OMS) foi preenchida em momento subsequente às entrevistas, sem interferência dos entrevistados, e baseada em observações ativas. Nela constam aspectos preconizados mundialmente para avaliação das mamadas,

permitido colher informações sobre a pega, posição e afeto demonstrado pelo binômio (Anexo C).

As visitas foram suspensas depois da constatação da interrupção da amamentação por introdução de outros alimentos ou sucedâneos do leite materno, independente da idade da criança, com a realização de uma última entrevista abordando as percepções da participante sobre a ocorrência do desmame.

Todos os dados coletados por meio da observação participante foram anotados em um diário de campo e transcritos na íntegra, de forma sigilosa e independente de estarem explícita ou implicitamente relacionados à temática, ao fim de cada visita. O produto da observação foi catalogado considerando o sujeito e a data da visita. Esse arquivamento foi necessário para que, ao fim, fossem analisados de forma mais intensa ou sob outra ótica – a de convergência dos dados e entendimento do fenômeno.

3.5 Método de análise de dados

A análise seguiu princípios do Método Hermenêutico Dialético, sendo realizada mediante um processo indutivo e interpretativo, que é característico da abordagem qualitativa de pesquisa (Minayo, 2006).

Enquanto a hermenêutica busca as bases dos consensos e da compreensão na tradição e na linguagem, o método dialético introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação. Seguindo este método, o cientista que analisa as questões sociais nunca poderá se esquecer de que os seres humanos não são só objeto de investigação, são também sujeitos da relação (Minayo, 2006).

Levando em conta as relações entre quantidade e qualidade, a dialética convida à superação do quantitativismo e qualitativismo na

pesquisa. A hermenêutica, ao mostrar como se realiza o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, ressalta que suas limitações podem ser fortemente compensadas pelas propostas dialéticas, que sublinham o dissenso, a mudança e os macroprocessos e vice-versa (Minayo, 2006).

Para a operacionalização do processo analítico, é necessária a ordenação dos dados. Essa se dá quando se faz um mapeamento das informações obtidas no trabalho de campo: transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e do produto escrito da observação participante e de outros documentos, em determinada ordem, de acordo com a proposta analítica. (Visa-se nesta etapa uma leitura que busque homogeneidades e diferenciações por meio de comparações ou contrastes. – o *Mapa Horizontal das Descobertas do Campo*. (Minayo, 2006).

Em seguida, ocorre a classificação dos dados, através de uma leitura horizontal e exaustiva dos textos, com anotações simultâneas das primeiras impressões do pesquisador, buscando-se as coerências internas das informações de cada entrevista, de cada observação e dos outros documentos – é a *Leitura Flutuante*. Este tipo de leitura permite estabelecer interrogações para identificar o que surge de relevante (“estruturas relevantes dos sujeitos sociais”, “as idéias centrais que tentam transmitir” e os “momentos-chave e suas posturas sobre o tema em foco”), e de onde surgem as categorias empíricas, ou seja, o conjunto ou os conjuntos de informações presentes na comunicação. Um passo futuro é confrontar estas categorias com as categorias analíticas (Minayo, 2006).

Uma nova leitura é realizada de cada subconjunto e conjunto e em sua totalidade. É a *Leitura Transversal*, ou seja: o processo de recorte de cada entrevista ou documento em “unidades de sentido”, por “estruturas de relevância” ou por “temas”. Os critérios de classificação, em primeira

instância, podem ser tanto “variáveis empíricas” como “variáveis teóricas” – é a *Categorização* (gavetas). Em um segundo momento faz-se o ‘enxugamento’ das classificações, agrupando tudo em um número menor de “unidades de sentido” e buscando compreender e interpretar o que foi exposto como mais relevante e representativo pelo grupo estudado. As múltiplas gavetas são reagrupadas em torno de categorias centrais, concatenando-se em uma lógica unificadora. (Minayo, 2006).

A análise final ocorre quando se procura estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões com base em seus objetivos.

3.6 Aspectos Éticos

Para participarem, foram fornecidos às puérperas esclarecimentos da finalidade e objetivos da pesquisa, sendo solicitada e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o sujeito da pesquisa. (Apêndice 2)

Também, foi apresentada a possibilidade de deixar a pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo nenhum para a puérpera e seu filho, sendo garantido sigilo e privacidade se aceitasse participar. Destaca-se que na medida em que foram abordados os familiares das puérperas participantes, os mesmos procedimentos éticos foram estabelecidos.

Em observância às orientações contidas na Resolução CNS 196/96, o projeto desta pesquisa foi submetido à revisão ética e ao acompanhamento de Comitê de Ética em Pesquisa da unidade universitária onde a pesquisadora é aluna regular de programa de pós-graduação *stricto sensu* (Anexo B).



Resultados e Discussão

4.1 Caracterização das lactantes, suas famílias e situação de aleitamento materno

As nove mulheres, sujeitos desta investigação, seguem identificadas pelos nomes de pedras brasileiras. A seguir, são apresentadas algumas características sociodemográficas e familiares de cada uma delas. Essa codificação serviu também para identificar os depoimentos utilizados para ilustrar as “categorias empíricas” apreendidas. As depoentes e o momento da entrevista estão representados pelo codinome e as siglas 1S, 1M, 2M, 3M, 4M, 5M e 6M, que se referem às entrevistas da primeira semana, primeiro mês, segundo mês, terceiro mês, quarto mês, quinto mês e sexto mês de observação/entrevista, respectivamente. Ressalta-se que para identificar os depoimentos dos familiares foi seguida representação semelhante, com aumento da sigla F, de familiar – exemplo: Turmalina, F, 1M. No caso das citações dos diários de campo, foram utilizadas as siglas DC, como no exemplo: Turmalina, DC, 2M.

Turmalina

Tem 30 anos de idade, é casada legalmente. O marido tem 41 anos. Nenhum dos dois tem filhos de relacionamentos anteriores. Ele tem emprego fixo como usineiro, renda mensal em torno de 2 salários mínimos. Turmalina não tem renda fixa, atua como manicure. Ambos iniciaram a faculdade e não terminaram por falta de condições financeiras. São evangélicos atuantes, tendo se conhecido na Igreja. Moram em casa alugada, que fica nos fundos de outra; tem quatro cômodos, ligação à rede elétrica, de água e de esgoto. Turmalina não tinha a intenção de ter filhos, porém seu marido queria muito. O núcleo familiar principal se compõe pelo casal e a criança. O filho é menino, nascido de parto cesariano por falha de indução do parto normal. O casal divide o quarto e o guarda-roupa com a criança.

Citrino

Tem 23 anos de idade, o marido 24 anos. Casaram-se legalmente após o nascimento do filho. Nenhum dos dois tem filhos de relacionamentos anteriores. Os dois têm emprego fixo: ele como açougueiro, tem renda mensal de dois salários mínimos, e ela como balconista recebe mensalmente um salário mínimo. Citrino iniciou a faculdade, porém interrompeu devido à gestação. Ele tem ensino médio completo, não gosta de estudar e não pretende seguir os estudos. Ela é evangélica, ele católico. O casal mora em casa alugada, que fica nos fundos de outra; tem quatro cômodos, ligação à rede elétrica, de água e de esgoto. A gestação não foi planejada. O núcleo familiar principal se compõe pelo casal e o bebê. O filho é menino, nascido de parto cesariano, por apresentação pélvica. Citrino entrou em licença maternidade 15 dias antes do parto. O casal divide o guarda-roupa com o bebê, que tem um berço na sala, transformada em quarto, mas dorme no carrinho no quarto dos pais.

Topázio

Tem 18 anos de idade, o companheiro 20 anos. Não são casados legalmente. Amasiaram-se após a descoberta da gestação. Nenhum dos dois tem emprego fixo; ele conta com pensão alimentícia do pai falecido. Ambos não completaram ensino médio, não gostando de estudar. São católicos não praticantes. O casal mora em uma casa ao fundo da casa da mãe dele, com quatro cômodos, ligação à rede elétrica, de água e de esgoto. A gestação foi desejada para que pudessem se unir. O núcleo familiar principal é o casal e o bebê, e se estende para as duas famílias, que são vizinhas, e juntas somam nove pessoas. A filha é menina, nascida de parto cesariano por falha de indução do parto normal. O casal divide o quarto e o guarda-roupa com o bebê.

Ônix

Tem 26 anos de idade, o marido 28 anos. Apressaram o casamento logo após a descoberta da gestação. Namoravam havia quatro anos. Os dois têm emprego fixo: ele como autônomo, recebe mensalmente cerca de quatro salários mínimos e ela, como secretária, um salário mínimo. Ele tem curso tecnológico e ela pretende fazer faculdade, mas ainda não se decidiu por qual carreira. São evangélicos praticantes. Ônix mora em casa alugada, com seis cômodos, ligação à rede elétrica, de água e de esgoto. O núcleo familiar principal compõe-se pelo casal e o bebê. A filha é menina, nascida de parto normal espontâneo. Ônix tirou licença maternidade logo após férias, 20 dias antes do nascimento da filha. O bebê tem quarto próprio.

Ametista

Ela tem 24 e o marido 25 anos de idade. Casaram-se antes da gestação. Ela se ocupa dos afazeres domésticos e ele é vendedor, com salário fixo mensal de um salário mínimo e meio mais comissões. Ambos completaram o ensino médio, e não pretendem cursar faculdade. O casal é católico praticante, ele atua como professor e lidera um grupo de jovens de sua igreja. Moram em casa própria, financiada, construída com ajuda dos pais de ambos. A casa tem cinco cômodos, ligação à rede elétrica, de água e de esgoto. O núcleo familiar principal é composto pelo casal e a filha, nascida de parto cesariano por falha de indução do parto normal. A filha tem quarto próprio.

Quartzo

Ela tem 18 e o companheiro 19 anos de idade. Não são casados legalmente. Ele foi morar com ela na casa da mãe dela após a descoberta da gestação. Ele tem ensino médio completo e não pretende cursar faculdade. Ela interrompeu os estudos, involuntariamente, com a

descoberta da gestação no terceiro colegial. São católicos não praticantes. Ele é ajudante de pedreiro, com renda mensal de cerca de um salário mínimo. Ela não trabalha, vive da renda da mãe, que ganha por mês dois salários mínimos como cozinheira, com o qual paga aluguel e as despesas da casa. Quartzô mora em casa alugada que tem seis cômodos, ligação à rede elétrica, de água e de esgoto. O núcleo familiar principal é composto pelo casal, a filha e a mãe de Quartzô. A filha nasceu de parto normal induzido com sucesso. A filha tem quarto próprio, mas dorme na cama com a mãe e o marido dorme no quarto da filha ou em um colchão no quarto da companheira.

Ágata

Ela tem 32 anos de idade e seu marido 35 anos. São casados legalmente. O casal aguardou alguns anos após o casamento para ter filhos, e pretende permanecer somente com um. Ele é professor na rede básica de ensino e ela se ocupa dos afazeres domésticos. Ele completou o ensino superior e ela o médio; ela não pretende cursar faculdade. Ambos são católicos não praticantes. A renda mensal dele é de três salários mínimos e é complementada com a renda de um salário mínimo, proveniente da aposentadoria do pai de Ágata, que mora com eles. A casa é própria, financiada, com seis cômodos e ligação à rede elétrica, de água e de esgoto. O núcleo familiar principal é composto pelo casal, o filho e o pai de Ágata. O filho nasceu de parto normal conduzido e divide o quarto e o guarda-roupa com os pais.

Água Marinha

Ela tem 20 anos de idade e o marido 21 anos. Casaram-se e, logo em seguida, Água Marinha engravidou. Ela é evangélica e ele católico, nenhum dos dois praticantes. Ambos completaram o ensino médio, sem pretensões de continuarem os estudos. Ela não trabalha. Ele é

açougueiro, tendo uma renda mensal de cerca de dois salários mínimos. Recebem ajuda financeira dos pais dele, devido às dívidas com a construção da moradia, casamento e, em seguida, gestação. O casal mora em uma edícula construída nos fundos da casa da mãe dele; que tem dois cômodos e ligação à rede elétrica, de água e de esgoto, compartilhada com a casa da frente. Água Marinha e seu marido dividem o quarto e o guarda-roupa com o bebê. O núcleo familiar principal é centrado no casal e na filha, estendendo-se para os pais e a irmã dele. Água Marinha foi abandonada pela mãe com 1 ano de idade e foi criada por uma tia. A filha nasceu de parto normal induzido com sucesso.

Pirita

Ela tem 18 e o companheiro 27 anos de idade. Ela não trabalha e ele é soldador, com renda mensal de aproximadamente dois salários mínimos. Uniram-se devido à gestação. São católicos não praticantes. Moram em uma casa alugada, nos fundos de outra, com três cômodos, ligação à rede elétrica, de água e de esgoto. Não recebem ajuda de familiares, pois Pirita é afastada da família. Ela não pretende e nem tem condições de continuar os estudos, embora não tenha concluído o ensino médio. O núcleo familiar principal é composto pelo casal e a filha, nascida de parto normal espontâneo. O quarto e o guarda-roupa são divididos pelos três. O quarto é também a sala da casa.

Como outro aspecto importante para caracterização deste grupo de lactantes e de suas famílias, na seqüência, apresenta-se um quadro ilustrativo sobre a situação de aleitamento materno encontrada, no período delimitado para o presente estudo.

Quadro 1 - Tipos de aleitamento nos primeiros seis meses de vida das crianças.

Codinome	1 Semana	1 Mês	2 Meses	3 Meses	4 Meses	5 Meses	6 Meses
Turmalina	AME	AME	AME	AME	AME	AME	AC
Citrino	AME	AME	AME	AME	AC		
Topázio	AME	AMP	AMP	AC			
Ônix	AME	AME	AME	AME	AME	AME	AC
Ametista	AM	AM	AMP				
Quartzo	AM	AM	AM	AM			
Ágata	AME	AME	AME	AME	AM		
Água Marinha	AM	AM					
Pirita	AME	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Legenda: AME – Aleitamento Materno Exclusivo, AMP – Aleitamento Materno Predominante, AM – Aleitamento Materno, AC – Alimentação Complementar, SI – Sem Informação.

4.2 Descrição etnográfica do contexto do estudo

O trabalho de campo teve seu começo na maternidade, quando a pesquisadora estabeleceu o primeiro contato com as puérperas, a fim de incluí-las na pesquisa e, assim ocorrendo, obter a indicação dos familiares de referência para também participarem do estudo. De todos os participantes, prevaleceu como familiar de referência o marido/companheiro (pais da criança). Este momento serviu, ao mesmo tempo, para iniciar a coleta de dados sobre aspectos sócio-demográficos e familiares e para agendar as visitas subseqüentes nos respectivos domicílios.

Ao partir para as visitas nos domicílios, durante a primeira semana de vida da criança, constatou-se que o grupo selecionado contava com lactantes que residiam em diferentes pontos do município, com predominância de regiões periféricas. A maior parte dos domicílios era simples, com quatro cômodos, localizados nos fundos de outros domicílios, com entradas semi-independentes. Todos possuíam ligação à rede elétrica, de água e de esgoto. Constatou-se que os núcleos familiares principais eram compostos, na maioria, pelo casal e o novo integrante. Estes casais formaram-se na maior parte das situações por união legal e religiosa e desejavam ter filhos após o casamento.

Ao iniciar o estudo no contexto cultural das puérperas, de um modo geral, houve uma recepção acolhedora, porém, tímida por parte das mesmas e de seus familiares.

Cabe salientar que a relação previamente estabelecida com as lactantes, durante o período que permaneceram na maternidade, mostrou-se um fator muito importante para que a pesquisadora pudesse se aproximar e introduzir-se no contexto que se pretendia observar. Quanto aos familiares, entretanto, percebeu-se certa resistência inicial

para a aproximação pretendida por não terem sido abordados anteriormente.

Foi percebido e relatado, durante os encontros, o desejo da presença da pesquisadora no domicílio, por parte das lactantes, pois nesses momentos poderiam mostrar o/a filho/a e os cuidados que estavam realizando no geral e quanto à amamentação, além de estarem sanando eventuais dúvidas. Sobre este aspecto, em todas as visitas, na medida da necessidade demonstrada, procurou-se fornecer o apoio aos mais variados aspectos relacionados à saúde da criança, em especial à amamentação.

Em todos os domicílios, no primeiro contato, a recepção foi no portão pelas próprias puérperas. Da segunda visita em diante, a maioria das lactantes autorizava a entrada sem receber a pesquisadora no portão, como também não a acompanhando até a saída.

Em todas as visitas, foram realizadas observações sobre aspectos físicos e de organização e funcionamento dos domicílios, com especial atenção às relações familiares e ao modo como a amamentação acontecia nestes contextos.

Para complementar a coleta de dados, a prática da amamentação foi observada, o que possibilitou ampliar as informações sobre a relação entre a mãe e filho e demais presentes nestes momentos, além de consolidar a interação pesquisadora-pesquisados. As observações de mamada foram feitas sem interferência direta da pesquisadora, que ao final da visita se propunha a sanar dúvidas da puérpera ou do familiar que ocasionalmente fossem levantadas. A amamentação foi observada durante todas as visitas. As mães, em geral, não costumavam falar muito durante os períodos de amamentação, ao contrário do familiar de referência, que se sentia mais confortável para falar enquanto observava a amamentação e, simultaneamente, auxiliava a puérpera nesse momento. Percebeu-se em alguns casos a interferência negativa dos

familiares, no sentido de aumentar o stress do binômio mãe-filho ou mesmo interrompendo o ato de amamentar ou a sua tentativa. Essas observações se tornaram mais claras com as nutrizes que passaram pelo processo do desmame precoce.

Foi possível constatar que as relações entre os casais sempre se mostrou de carinho e cumplicidade intensos, principalmente entre aqueles que não tinham familiares próximos. Os familiares de referência mostraram-se pontos de apoio fundamentais para as puérperas, auxiliando tanto nos afazeres domésticos quanto nos cuidados com o filho. Porém, dois casais especialmente chamaram a atenção pela falta de cumplicidade entre o próprio casal no tocante ao filho recém-nascido, principalmente nos momentos de amamentação, quando o familiar, nos dois casos o marido, se afastava do binômio mãe-filho e acabava prejudicando indiretamente a amamentação e a relação entre os três membros do triângulo, como se pode perceber com trechos extraídos de diários de campo:

A depoente estava na sala, repleta de visitas, sentada no sofá, ao lado de seus pais. Sua filha estava no colo da avó, que a balançava, dizendo que a bebê estava muito nervosa, não parava de chorar. Estavam também na sala duas primas, com três filhas pequenas, uma tia e um tio, com uma filha adolescente, o marido, que estava no computador trabalhando e seu pai, assistindo televisão. A depoente estava nitidamente preocupada em receber bem todas as visitas. A avó entregou a neta para a mãe, dizendo que a mesma estava com fome, e, na sala, com toda aquela movimentação, a depoente tentou amamentar a filha. A criança sugou por menos de um minuto e largou o peito. Imediatamente a avó já a pegou, tentando colocá-la para arrotar, e vendo a criança com soluços, disse que seria necessário pegar uma bolinha de lã e colocar em sua testa para que parasse de soluçar. Não devolveu a criança

para a mãe, que cobriu o peito com o soutien e a camiseta. Neste ponto a avó, que ainda balançava a neta no colo, voltou a dizer que a criança estava nervosa, colocou uma chupeta na boca da menina para acalmá-la, e pediu à filha que preparasse uma mamadeira, pois a criança devia estar com fome. A depoente foi até a cozinha para iniciar o preparo da mamadeira, trouxe comidas e bebidas para todos na sala. (Ametista, DC, 1)

Sem maiores explicações o marido disse à depoente que iria sair, e saiu sem nem mesmo demonstrar um gesto de carinho para com ela. Após sua saída, a depoente e sua mãe explicaram que a família dele não concordava com a atitude tomada pela mãe na noite anterior. Como a criança chorava muito de fome e a mãe não conseguia amamentar a avó decidiu comprar uma mamadeira que estava sendo usada desde então. O pai apoiou sua família, não concordando com a atitude. Porém, destacaram que em momento nenhum durante a noite ele havia acordado para ajudar a esposa e a filha, que choravam muito, e que ninguém entendia a atitude de sua mãe como uma forma de conseguir acalmar as duas, visto que a depoente não estava conseguindo amamentar. A puérpera disse estar passando por uma situação muito difícil, pois ele quase não ajuda em casa. Ela demonstra muita preocupação, pois a sua mãe, que é quem a ajuda, iria viajar a trabalho no dia seguinte e só retornaria alguns dias depois. E diante da falta de ajuda do pai da criança no cuidado com a filha, tanto ela como a mãe não sabiam o que fazer, pois a depoente é extremamente ansiosa e não está conseguindo se entender com a filha. (Quartzo, DC, 1S)

Os casos acima, que apontam o início do desmame precoce, são opostos aos apresentados a seguir, em que houve sucesso do aleitamento exclusivo:

Contou que se casaram poucos meses após terem se conhecido, e que vivem muito felizes, porém expressava tristeza ao falar da família e sua história, por vezes ficando com os olhos marejados. Expressão essa que mudava ao falar do marido, quando delicadamente sorria. O marido permaneceu ao seu lado o tempo todo. Ambos relataram a felicidade de terem ganhado um bebê. Frisou sua felicidade em poder amamentar seu filho, e a alegria de ter um marido que permanecia sempre ao seu lado, quer fosse nos afazeres domésticos, quer fosse aos cuidados com o bebê. (Turmalina, DC, 1S)

O que se pode apreender durante todo o período foi uma grande integração entre todos os familiares, que se tratavam sempre com muito carinho e respeito, demonstrando, inclusive grande dedicação e preocupação com o casal e a bebê. Durante a visita também foi possível acompanhar uma mamada, que contou com apoio direto do pai, que acomodou a mãe na poltrona para amamentar, e ficou do seu lado o tempo todo, por vezes acariciando a filha, por vezes acariciando a esposa, se preocupando inclusive com a postura e conforto da mãe ao amamentar. Foi o pai quem pegou a filha no colo após a amamentação e a fez arrotar, devolvendo-a para os braços da mãe para que tentasse mamar mais um pouco antes de dormir. (Ônix, DC, 1S)

Albernaz et al. (2008), em estudo sobre a influência da rede de apoio à amamentação, realizado no município de Pelotas/RS, destacam que uma equipe treinada para apoio e promoção da amamentação foi capaz

de aumentar estes níveis naquela cidade, principalmente as taxas de AME nos seis primeiros meses de vida, através de visitas periódicas de uma equipe especialmente treinada para isso, composta por um pediatra e três enfermeiras. Giugliani (1994) destaca que o fato de as mães terem uma união estável e o apoio de outras pessoas, especialmente do companheiro, parece exercer uma influência positiva na duração do aleitamento materno, e que tanto o apoio social e econômico quanto o emocional e educacional parecem ser muito importantes, sendo o companheiro a pessoa de maior peso nesses diferentes tipos de apoio. Quanto ao papel da avó, França et al. (2008) demonstraram que a co-habitação com a avó materna mostra-se associada ao uso de mamadeira, tanto aos sete como aos trinta dias de vida, fato que não se relacionava com a avó paterna, e explicam o fato na maior influência exercida da mãe sobre a filha do que sobre a sogra sobre a nora, salientando que isso pode se dever ao fato de que a maioria das avós teve seus filhos nas décadas de 60 e 80 do século passado, quando o aleitamento não era tão valorizado, com estímulo do uso de água e chás através dos pediatras, e quando também imperava a crença do leite fraco ou pouco leite (França et al., 2008).

Essa rede de apoio se traduz então num item de suma importância para a lactação a partir do momento em que se pretende modificar as taxas de aleitamento, devendo-se estender a atenção profissional para os familiares, pois são estes que estão ao lado da lactente durante todo o período. As interferências positivas e negativas desta rede ficaram claras pelas observações realizadas, sendo possível identificar que marcaram sua influência no sucesso ou insucesso da lactação de forma direta.

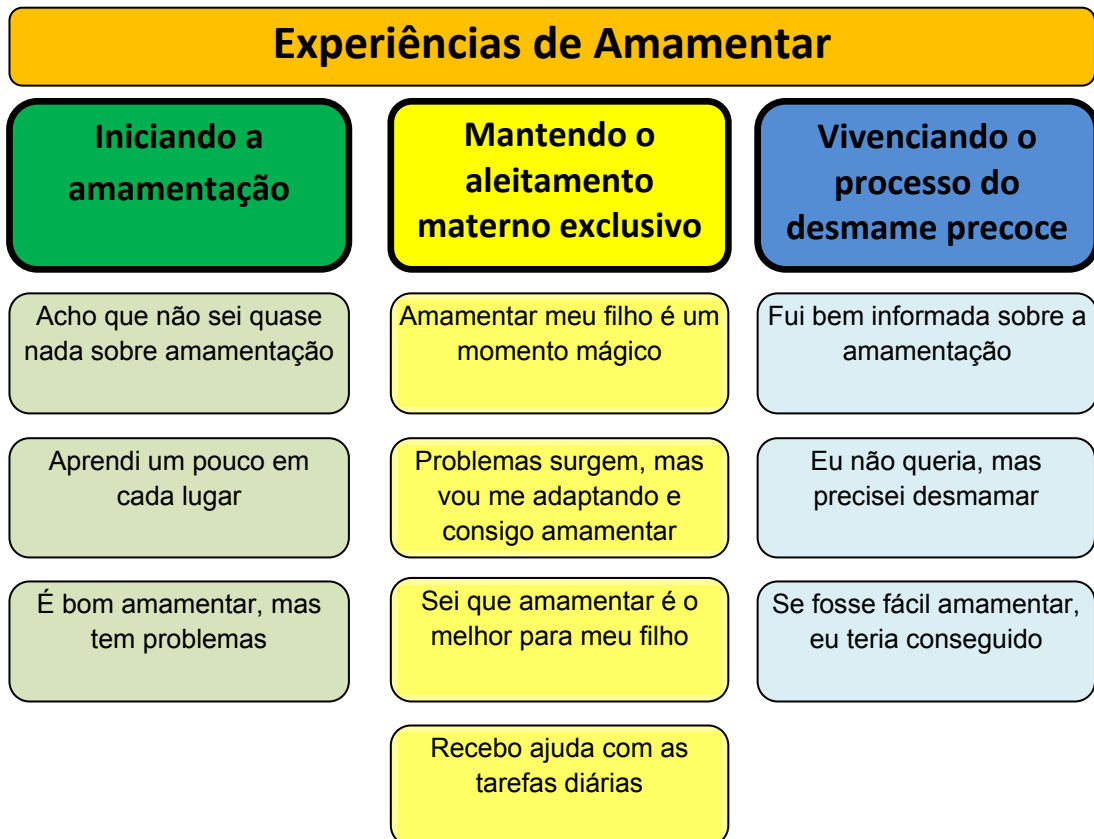
Cabe lembrar que todas as mulheres incluídas neste estudo apresentaram o desejo de amamentar seus filhos, com significativa e explícita expectativa positiva sobre esta prática. De um modo geral, as expectativas dos familiares quanto ao sucesso da amamentação,

também, foram apreendidas a partir dos primeiros contatos com os mesmos. Coerentemente, em todas as visitas realizadas na primeira semana de vida da criança todas estavam em aleitamento materno, porém nem todas em aleitamento materno exclusivo. Tais aspectos permitem inferir que apesar de apresentarem expectativas positivas, algumas lactantes, ao se depararem com dificuldades, conseguem superá-las outras não. Essas observações foram confirmadas pelos depoimentos colhidos.

4.3 Experiência de amamentar

Partindo dos contextos cotidianos de vida das lactantes, o estudo etnográfico realizado permitiu apreender a experiência da amamentação, especialmente, privilegiando a perspectiva dos sujeitos diretamente envolvidos com este fenômeno. Ao mesmo tempo, a utilização do método hermenêutico-dialético possibilitou a sistematização dos depoimentos das lactantes e de seus familiares e das anotações resultantes das observações realizadas sobre a referida experiência, em categorias empíricas que seguem apresentadas e discutidas por categorias operacionais que foram delimitadas conforme o que se pretendeu dar destaque neste estudo.

Quadro 2 – Quadro Teórico das Categorias Encontradas



4.3.1 Iniciando a amamentação

Relacionadas à categoria essa operacional, as categorias empíricas que emergiram dos depoimentos das puérperas e de seus familiares na primeira semana após o parto e que retratam as experiências iniciais com o aleitamento materno foram: “acho que não sei quase nada sobre amamentação”; “aprendi um pouco em cada lugar”; “é bom amamentar, mas tem alguns problemas”.

“Acho que não sei quase nada sobre amamentação”

Ao lado das expectativas favoráveis à amamentação, detectadas desde o nascimento das crianças, as puérperas mostraram-se bastante inseguras na primeira semana após o parto quanto a essa prática, relatando que tinham poucos conhecimentos sobre o assunto, como exemplifica o seguinte depoimento:

Nossa! Por enquanto, não sei nada... (risos)... Me ensinaram um pouco, mas eu ainda não aprendi... Ah! Não lembro...
(Pirita, 1S)

Segundo Faustino-Silva et al. (2008), é esperado que a primípara apresente insegurança diante da nova situação e a sua dificuldade de expressar os sentimentos envolvidos com a amamentação. Esse sentimento pode ser percebido por meio da forma como apontaram seus conhecimentos, caracterizada pela repetição do aspecto de não se sentirem sabedoras do que deveriam sobre aleitamento materno.

A análise mais atenta dos depoimentos, entretanto, revelou que no início da experiência com a amamentação, as lactentes demonstraram conhecer, principalmente, as vantagens do aleitamento materno tanto para o bebê: promoção da saúde, proteção contra doenças, nutrição e

crescimento adequados e quanto para a mãe: prazer e recuperação das condições maternas logo depois do parto:

Ah! É bom pra saúde dele, né? Que é melhor...é gostoso...(Água Marinha, 1S)

Eu sei que é importante, que protege o meu filho de doenças, que ajuda ele a crescer mais forte, né? (Ágata, 1S)

Eu sei que é muito importante amamentar, pois o leite do peito é o melhor alimento para o bebê e protege contra doenças... (Ametista, 1S)

Tem muitos nutrientes e ajuda a mãe a se recuperar melhor depois do parto, que o bebê não precisa de mais nada além do leite materno. (Quartzo, 1S)

Esses conhecimentos revelaram-se muito próximos aos postulados pela ciência (Alden et al. 2002), sendo também encontrados em estudo realizado no Rio de Janeiro/RJ por Sandre-Pereira et al. (2000), cabendo ressaltar que quando apontadas as vantagens do aleitamento materno, essas são ligadas a aspectos biológicos que, justamente, são os mais amplamente divulgados através de campanhas, cartazes e profissionais de saúde. Sendo memorizados e internalizados pelas mães, tais informações passam a constituir as justificativas que as puérperas apresentam para sua opção em amamentar.

Outro aspecto lembrado sobre a amamentação, que encontra respaldo na literatura científica (Faustino-Silva et al., 2008), foi a oportunidade para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê:

É um contato que tem entre mãe e filha... (Água Marinha, 1S)

Os depoimentos elaborados nessa fase da amamentação também revelaram que as puérperas fazem alguma idéia a respeito da duração e exclusividade recomendadas quanto ao aleitamento materno e sobre a importância da alimentação materna nessa fase:

Ah, não sei se tá certo, mas assim... Eu sei que é importante a gente dar bastante no começo, não cortar, não tentar dar outra coisa, chazinho, assim, essas coisas. E a gente saber a alimentação, que tudo que a gente come vai através do aleitamento pro bebê, então eu me vigio, assim... Eu não tomo refrigerante, nada dessas coisas, porque eu sei que vai direto pra ele... Mais é isso, e que é muito importante nos primeiros meses de vida, e que a gente não pode deixar... Ah! Porque... eu não sei explicar... Mas eu acho que é essencial. Tudo que você teve é o que vai passar pra ele. Então, se você corta isso dá bastante problema, né? (Citrino, 1S)

A interferência da alimentação materna na amamentação é uma crença cultural que merece destaque. Bitar (1995) estudando essa crença na comunidade de Itapuá/PA verificou os sujeitos pesquisados também referiram que tudo que a mulher come “passa no leite” para a criança, e que muito do que se come faz mal à saúde e deve ser evitado. Apesar da marcada influência do saber popular em relação ao assunto, existem evidências científicas que respaldam essas idéias, tanto em relação à alimentação e hidratação maternas quanto a substâncias e medicações utilizadas na vigência da amamentação.

Na vivência profissional da autora do presente estudo, esse traço cultural está presente na maioria dos atendimentos às lactantes de todas as faixas etárias e situações sócio-econômicas. Do mesmo modo, são percebidos empiricamente que os profissionais de saúde também relacionam a alimentação materna com manifestações positivas e negativas no lactente. Isso também é percebido em relação à rede social

das lactentes que reforça os conhecimentos passados através das gerações, e contribui para a formação das opiniões e atitudes. Assim, as crenças e os tabus sobre aleitamento permeiam sua prática, conduzindo para o desfecho final da amamentação, como ressalta Araújo (1997) referindo que as opiniões e interferências externas têm grande influência no resultado final da amamentação.

Ainda, sobre a fundamentação dos conhecimentos das puérperas quanto ao aleitamento materno, chama a atenção um depoimento que revela a possibilidade do saber apropriado pelo leigo estar mais atualizado e cientificamente sustentado do que o saber técnico:

Eu sei que é importante pra fazer minha filha crescer forte e saudável, mas é difícil acreditar, né? Principalmente se a gente não sabe direito das coisas... Porque na primeira consulta da minha filha no pediatra, quando ela tinha 4 dias, ele já mandou dar água, suco e chá, falando que o leite do peito não ia sustentar ela, porque ela é grandona... Ainda bem que eu pesquisei de novo na Internet antes de dar, porque eu quero amamentar, e eu tenho bastante leite, e não acho que minha filha precisa disso. Eu sei que minha filha não precisa nem de chá nem de água... Só que chupeta eu acabei comprando porque meu marido acha bonito, criança chupar chupeta. Só que ela não gostou muito não. Ainda bem! (Ônix, 1S)

As dificuldades relacionadas à amamentação na primeira semana incluem principalmente a introdução de bicos artificiais e a pressão exercida por outras pessoas para o uso de águas e chás. Esses fatores são facilmente revertidos por meio da formação da rede de apoio, como demonstrado anteriormente por Albernaz et al. (2008), Giugliani (1994) e França et al. (2008). A partir do momento em que se propicia essa rede de apoio, renovam-se conhecimentos e mudam-se práticas. Passa-se a

incentivar o aleitamento materno, demonstrando todos os seus benefícios, tanto para a saúde da nutriz quanto para a saúde do seu filho, pois mesmo estando ciente da importância da amamentação, a maioria das nutrizes acaba sofrendo pressão do seu círculo social, podendo ceder a essas pressões, na maioria das vezes com impacto negativo sobre sua manutenção.

“Aprendi um pouco em cada lugar”

Conforme as puérperas falavam sobre seus conhecimentos quanto à amamentação, relacionavam às fontes de aprendizagem, sendo possível identificar os contextos de obtenção das informações e quem as emitiu:

Nas reuniões de gestante, no posto de saúde. (Quartzo, 1S)

No posto ninguém me falou nada. E, eu não fui à reunião de gestantes porque no dia que estava marcado não deu pra eu ir... (O que aprendi foi com) aquelas mulheres que vêm pra ajudar na maternidade... (Pirita, 1S)

Ah! Os outros falando... Lá no hospital mesmo, com as enfermeiras conversando, falando... (Água Marinha, 1S)

Lá no hospital também me ensinaram um pouco... e no livrinho tem bastante coisa... Aquele que deram na alta do bebê...(Ágata, 1S)

No município, são vários os locais e os meios onde e pelos quais se vinculam informações sobre o aleitamento materno durante a gestação, com destaque às reuniões de gestantes realizadas nas unidades básicas de saúde e às reuniões de gestantes e parturientes

realizadas pela equipe da maternidade local. A literatura atual traz relatos de estudos específicos e locais, que apontam para o maior aprendizado no período anterior e no momento do parto, com conseqüências mais marcantes no primeiro mês após esse evento (Percegoni et al., 2002, Sandre-Pereira et al., 2000, Coutinho et al., 2005).

Pelos depoimentos das puérperas, foi possível detectar também a importância dos materiais educativos produzidos e fornecidos pelos serviços de saúde, sejam eles específicos para a amamentação, como no caso do “livrinho” distribuído na maternidade, ou do cartão da criança distribuído na maternidade e nas unidades básicas de saúde para subsidiar o acompanhamento da vacinação e do crescimento e desenvolvimento infantil.

Ao mesmo tempo, constatou-se que as famílias, incluindo o atual companheiro, configuram-se como importante fonte de informações sobre o aleitamento materno, em diferentes momentos e situações:

Com a minha família. (Quartzo, 1S)

Meus pais sempre falaram sobre isso, né? (Citrino, 1S)

Ah! Eu tenho meus irmãos e irmãs, que já tiveram filhos...(Ágata, 1S)

Eu to aprendendo com o meu marido...(Pirita, 1S)

Neste sentido, fica evidente que as puérperas estão muito abertas às informações e opiniões de pessoas bem próximas a elas, nas quais elas depositam total confiança e, como demonstra Bitar (1995), essa condição influencia sobremaneira o comportamento das mesmas perante a amamentação. Entretanto, para algumas puérperas, a obtenção de

informações sobre o assunto deu-se de maneira mais ativa, utilizando-se da consulta em livros, materiais educativos e na Internet:

No começo da minha gestação eu comprei livro, comecei a me orientar. Daí, eu também já comecei a estudar. (Citrino, 1S)

Na Internet...(Quartzo, 1S)

Eu nunca tinha me interessado por isso. Porque quando eu casei, eu até falei pro meu marido que eu não queria ter filho. Agora que eu comecei a me informar. Que nem hoje mesmo, eu peguei a carteirinha de vacinação, e lá tem muita coisa. Eu peguei, comecei a ler, comecei a me interessar, né? Porque agora isso faz parte da minha vida, tem que dar muita importância pra isso. (Turmalina, 1S)

Pode-se constatar que, no início da amamentação, as puérperas buscam aplicar as orientações técnicas recebidas para alcançar sucesso, contudo imprimem suas próprias convicções nesta prática:

A moça ensinou e ensinou a pegar assim em forma de “c”, porque aí sai mais leite ainda... Aí, ela chupa com mais vontade ainda... E, antes de eu dar o peito pra ela eu ainda passo um pano molhado, assim... (gesto de limpar o peito) Porque eu não quero dar o peito suado pra ela, porque sua, né? E, às vezes, quando eu dou o peito pra ela sem limpar ela não pega. Aí, o meu marido vai lá, molha o paninho, eu limpo e ela mama bastante... Ela acaba de mamar e eu tiro mais um tanto assim no vidro... (gesto indicando cerca de 4 dedos) E, ela mama bem, nos dois peitos até soluçar. E, ainda assim, eu joga leite fora, é muito leite! (Topázio, 1S)

Em destaque, um depoimento aponta que a lactante somente aprendeu a amamentar, de fato, com a prática, especialmente quando a mãe se dispõe a isso:

Mas foi quando eu peguei ela pela primeira vez e não sabia o que fazer que eu aprendi mesmo! Que eu aprendi de verdade!
(Ônix, 1S)

Muito feliz... (choro). É maravilhoso. É amor. Eu sinto dor. Muita dor. É difícil acomodar ele. Uma porque eu tenho seio grande, e acho que é mais difícil ainda, né? Então, eu tô tentando me adaptar ao jeitinho dele, do jeito que ele fica mais confortável no meu colo... Já tentei usar travesseiro, já tentei amamentar deitado, mas eu escutei um pediatra falando que não é bom amamentar deitado porque o bebê afoga, porque dá dor de ouvido. Então, assim... Eu tô me adaptando... se às vezes dá pra colocar ele num lugar mais alto aí eu fico meio desconfortável, eu fico desconfortável mas eu fico ali firme e forte! É prazeroso amamentar! Eu fico olhando, fico admirando, vendo ele ali... É muito bom, ser mãe é muito bom! É muito bom amamentar... Porque eu achava que não ia poder amamentar e às vezes eu chorava aqui em casa, falava pro meu marido que eu num ia poder amamentar, que era uma pena, mas na hora que a V (médica) chegou e falou “eu conversei com o G (médico) e ele falou que não tem problema nenhum, pode amamentar, força”... Eu cheguei aqui em casa, porque no hospital ele não queria pegar... E, aí foi... Ah, quero amamentar bastante, né? Pelo menos, até os seis meses, que é o que os médicos falam... (Turmalina, 1S)

Particularmente, neste último discurso, a amamentação se manifesta por um sentimento ambíguo e contraditório que, como descrito por

Silva (1990), oscila entre o fardo e o desejo. Segundo Almeida e Gomes (1998) mesmo as mulheres que encaram o aleitamento como um ato biologicamente determinado percebem limites em sua prática e sentem a necessidade de desenvolver um aprendizado, evidenciando que o ato de amamentar não é assim tão instintivo.

“É bom amamentar, mas tem problemas”

Entre os inúmeros cuidados a serem aprendidos e realizados com o recém-nascido, o início da experiência de amamentar para as puérperas desencadeou percepções e sensações contraditórias:

Ah! Ela é muito pequenininha, né? Eu tenho medo de pegar ela, cuidar dela... O meu marido que tá dando banho, trocando fralda... (Topázio, 1S)

Ah! É gostoso. Só é ruim quando racha o bico... Ah! Agora melhorou, mas doeu muito nos primeiros dias... (Pirita, 1S)

Ao relatarem as experiências com a amamentação, a maior parte das puérperas apontou as dificuldades enfrentadas para se adequarem ao processo, tornando evidente que a pega inadequada é a principal causa dos problemas:

Tá sendo bom... Dói um pouquinho, mas vendo a carinha dela é gostoso! A gente se sente bem, sabe? É pouquinho mesmo... Doeu porque ela mama muito, machucou meu peito. Um já cicatrizou, nem dói mais, mas o outro ainda dói. Olha! Ela pensa que é chupeta... Principalmente de noite, fica mamando a noite inteira. Muito! Ela dorme só um pouquinho, daqui a pouco acorda. Aí, ela chora. Eu ponho ela no peito, e ela

para... É assim ó: se ela tá acordada, ela tá mamando. Ela fica acordada o dia inteiro e de noite ainda quer ficar acordada pra ficar mamando! Quase não me deixa dormir... (Água Marinha, 1S)

De fato, as dificuldades encontradas podem ser determinantes para a lactação. A dor relatada, sendo provavelmente conseqüente de uma pega incorreta é perfeitamente evitável com a adoção de medidas profiláticas no curso do ciclo gravídico-puerperal Vinha (1999). Assim, a orientação e o apoio antes e depois do surgimento da dor poderiam evitar na mulher tanto o sofrimento físico, quanto a exposição ao risco do desmame precoce (Araújo, 1997).

Barros et al. (1994) demonstraram a possibilidade dessa exposição ao referido risco, em estudo que identificou o significativo desconhecimento das puérperas quanto às formas de se prevenir os problemas mais comuns do início da amamentação e que podem ocasionar seu insucesso.

Destaca-se que o enfrentamento dos problemas para algumas das puérperas pareceu mais difícil, inclusive, provocando a sensação de fracasso no exercício da maternidade:

Muito difícil... (choro) Eu acho que não sou uma boa mãe pra minha filha. Não consigo nem mesmo amamentar! Toda vez que ela começa a mamar eu sinto muita dor, como se uma faca estivesse cortando meu peito... (choro). Ontem, mesmo, eu tive que dar uma mamadeira de Ninho® pra ela, porque ela não parava de chorar... Eu não acho que sou uma boa mãe... Nem consigo fazer a minha filha parar de chorar... (choro) Nem fazer ela mamar direito. Tá sendo muito difícil... (Quartzo, 1S)

Nesta situação específica, observou-se o início do desmame precoce, explicado pela própria lactente que se culpabiliza pela dor que sente ao amamentar e retrata o choro da filha como sendo fome. Intrínsecos a essa explicação são referidos vários aspectos passíveis de modificação já discutidos anteriormente. Nakano (1996) aponta que a inadequação entre as necessidades da mãe e do filho muitas vezes leva a mulher a subestimar suas próprias necessidades de uma maneira desproporcionada. Somados a essas dificuldades relatadas, surgem a angústia e a depressão que acabam culminando na diminuição da produção de leite (Almeida, 1999).

Na percepção das puérperas, como outros tipos de dificuldades enfrentadas no início da amamentação foram: a pouca produção de leite, o bico da mama inadequado para amamentação e, especialmente, características do comportamento da criança:

Muito difícil... Eu tenho pouco leite e já precisei entrar com mamadeira para alimentar ela porque, senão, ela não para de chorar de fome... Também, não tenho o bico do peito formado, e por isso dói muito quando a bebê suga... Além disso, ela é bastante nervosa, e não para de chorar para mamar... Fica chorando o tempo inteiro... Ela pega o bico do peito e larga... Não tem paciência para mamar... (Ametista, 1S)

Nota-se neste depoimento, novamente, o mito do “leite fraco”. A explicação para o desmame precoce pautada na hipogalactia já foi relatada em estudo anterior por Ramos e Almeida (2003), onde o choro foi invariavelmente relacionado à fome da criança. É válido ressaltar que, de acordo com Vinha (1999), essa concepção, apesar de fortemente enraizada na cultura, não apresenta fundamentação biológica.

Lana (2001) aponta que uma das dificuldades encontradas freqüentemente é a produção excessiva de leite durante as primeiras

semanas após o parto causando ingurgitamento mamário, e ajustamento desta produção com o passar dos dias ao volume ingerido pela criança, o que resulta numa redução da produção de leite e tamanho das mamas. Esse fato pode ser interpretado pelas nutrizes, como queda da produção de leite, o que poderia explicar a introdução de substitutos pela argumentação de “pouco leite”, e também seria facilmente resolvido com explicações simples durante a gestação e lactação sobre as modificações do organismo e da produção de leite. A distribuição homogênea da argumentação de “falta de leite” dentre os casos de interrupção do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida da criança, pode ser explicada pelo fato da hipogalactia constituir o resultado final do processo de desmame e não a causa desse, como sugere o trabalho de Arantes (1995). Em justaposição, estudo de Ingran, Johnson e Greenwood (2002), mostrou que uma orientação sobre técnica adequada de amamentação na maternidade pode reduzir a incidência de mulheres que relatam baixa produção de leite.

O nervosismo do filho ou na recusa pelo mesmo quanto à mama referidos por algumas lactantes, talvez possam ser explicados pela pega e posição incorretas, que acabam por fazer a criança se sentir desconfortável e a mantenha numa busca incessante pela preensão da aréola.

Por outro lado, começar a amamentar para algumas das puérperas participantes deste estudo, foi um processo tranquilo e prazeroso, sendo pouco influenciado pelas dores maternas conseqüentes ao parto que incluiu sutura:

Não tive dificuldade. Ele é um anjinho, quase nem chora. Só faz uma manhinha quando acorda que é quando ele tá com fome. Mas, se deixar ele mama o tempo inteiro, não sai do peito! Já cresceu seis centímetros até, só não engordou muito... Ele mama muito, mas quase não chora. Não me dá

trabalho nenhum. Só foi difícil no começo porque eu não conseguia sentar por causa dos pontos... Cheguei até a dar mama em pé pra ele, porque eu não conseguia sentar direito... Mas dor no peito, que nem minhas colegas falam, eu não senti não...(Ágata, 1S)

Ao mesmo tempo, ficou evidente, como ilustrado no depoimento anterior e nos próximos, que a grande aliada para enfrentar os problemas vivenciados é a convicção da importância do aleitamento materno para o bebê:

Ah! Muito bem... É uma delícia.... É divino... Não tem dinheiro que pague a sensação de poder dar o peito pra ela! Ficar olhando a carinha dela mamando... Assim... Dói muito quando ela começa a mamar... Acho que é porque eu ainda não tenho o bico do peito formado... Mas eu prefiro agüentar a dor do que parar de dar mamá... Para ver ela crescer forte e saudável! A dor ainda é menor que a minha alegria de ver ela mamando... (Ônix, 1S)

Sei lá! É uma coisa tão gostosa... A gente se sente muito feliz. No começo, doeu muito meu peito, mas na hora que você pensa, assim, a gratificação que dá de você amamentar seu filho... Você fala, assim: isso aqui num é nada, né?" Porque eu sei de mães, colegas minhas, que tira o peito porque só dói. Vai lá, tira do peito, compra caixinha de leite, às vezes, nem é o leite certo. Também, nem procura saber nada e dá. E, eu penso assim, "como pode, né?" Porque eu, às vezes, eu sinto alguma dor, mas eu penso mais no G (criança), penso que não é nada, que meu filho é mais importante. Você sente que é um ser que depende totalmente de você, né? E que você tá ali e se não é você, não tem outra pessoa... (Citrino, 1S)

Pode-se afirmar que, para algumas das puérperas, a intenção de amamentar prevaleceu sobre as dificuldades encontradas. Donath, Amir e Alspac Study Team (2003) concordam que esta predisposição à amamentação configura-se no melhor preditor para o aleitamento materno adequado, superando os preditores de cunho sócio-demográfico.

Em síntese, o início da amamentação para o grupo de puérperas se revestiu de aspectos comuns, mas também por percepções e sensações contraditórias, havendo uma divisão, já nesta época, entre aquelas que mantinham o aleitamento materno exclusivo e as que já haviam iniciado o desmame. A abordagem das próximas categorias operacionais, justamente, visa à compreensão da experiência de amamentar nestas duas diferentes situações, na exclusividade do aleitamento materno e na mudança precoce desta condição. A adaptação da mãe à criança, pautada em todos os enfrentamentos explicitados até então, mostrou-se ser determinante para o desfecho final do quadro de aleitamento, pois a partir da primeira semana de vida das crianças emergiram os aspectos de maior influência na amamentação.

4.3.2 Mantendo o aleitamento materno exclusivo

Nas visitas subseqüentes, às puérperas e familiares, em seus domicílios, a inserção da pesquisadora no contexto domiciliar deu-se de modo satisfatório, estabelecendo uma relação de confiança e empatia em todos os encontros, fundamental para o desenvolvimento do método etnográfico (Souza, Barroso, 2008).

Segundo o Quadro 1, as lactantes que se mantiveram em aleitamento materno foram: Turmalina e Ônix, por seis meses, Citrino e Ágata, por três meses. A partir de seus depoimentos, configuraram-se as seguintes categorias empíricas: “amamentar meu filho é um momento mágico”, “problemas surgem, mas vou me adaptando para amamentar”,

“sei que amamentar é o melhor para o meu filho” e “recebo ajuda com as tarefas diárias”, as quais foram ilustradas com trechos dos depoimentos organizados na seqüência das entrevistas, colocando-se ao fim, sua identificação.

“Amamentar meu filho é um momento mágico”

As lactantes, nos diferentes momentos de aleitamento materno exclusivo, convergiram quanto ao sentimento de prazer proporcionado pelo ato de amamentar, que evidentemente proporcionou, dentre outros aspectos positivos, o estreitamento do vínculo afetivo entre mãe e filho:

É mágico! Não tem palavras pra explicar... Sabe, é um amor que não tem explicação... O rostinho dele mamando... É lindo! Eu fico encantada... (1M) É uma delícia... Eu fico olhando pra ele... Assim, é um momento muito mágico! A gente se sente mãe de verdade... (2M) Não tem como explicar. É uma delícia! Ver ele mamando, a carinha que ele faz... É uma coisa única, sabe? Faz a gente ficar pensando assim “é meu filho!” Não tem como explicar... Só sendo mãe mesmo pra saber... (3M) Tem horas que é até engraçado! Você acredita que eu precisei parar e deitar no ponto de ônibus pra ele poder mamar? (4M) É uma coisa que eu desejo pra toda mulher isso. Pra toda mulher que quer ser mãe de verdade, porque não tem coisa melhor nessa vida, quando a gente olha a carinha dele mamando, não tem coisa que compara... (5M) É lindo, é mágico. Não tem dinheiro no mundo que pague isso. É uma dádiva de Deus. É uma benção. (6M) (Turmalina)

Ah, é uma delícia, né? Quando eu vejo a carinha dela olhando pra mim quando ela tá mamando a gente esquece do mundo. É muito bom amamentar. Não tem palavras pra explicar sabe.

Não tem como descrever. Só sendo mãe mesmo pra saber. Não tem nada nem pra comparar. Quando ela olha pra gente e dá uma risadinha depois que para de mamar... A gente se sente muito feliz. Não tem outra palavra. É felicidade mesmo. (1M) Não tem palavras pra explicar esse sentimento. Não tem comparação. É uma coisa mágica. Não tem mesmo com explicar. (2M) É uma delícia amamentar. Ainda mais que depois de mamar ela fica alegrinha, e começa a falar “angu”... É lindo... Aí, a gente fala com ela e ela tenta responder... Fora a carinha dela quando tá mamando, que ela olha pra gente... Não tem explicação sabe... (3M) É muito bom. Não tem explicação. É uma delícia. Parece que ela espera já a hora que eu chego em casa pra começar a dar o peito... É muito bom... Ela me espera acordadinha pra mamar... (4M) Muito, muito, muito, muito feliz. Não tem explicação. Sabe, é muito bom quando eu chego em casa e vejo que ela quer mamar. Muito bom mesmo. Eu adoro ver a carinha dela mamando. Passa uma paz, um amor, uma tranquilidade pra gente que não tem explicação. É muito bom mesmo. Só quem amamenta de verdade é quem sabe disso. É um amor sem tamanho... (5M) Olha, não tem explicação. Ainda mais porque eu consegui amamentar, certinho, os seis meses! Que nem eu queria e não tive nada que as pessoas falam de ruim... (6M) (Ônix)

Os depoimentos anteriores revelam que amamentar possibilita a lactante perceber-se como mãe e ter consciência de sua importância para a sobrevivência do filho. O sentimento de felicidade inerente reforça a vontade de manter a lactação e, apoiado por estudo de metassíntese de Nelson (2006), essa razão motiva a continuação do aleitamento materno pelo sentimento de recompensa que a mãe sente ao amamentar. Ainda, de acordo com a mesma autora, a decisão de amamentar depende do

compromisso de cada mãe, seus objetivos, expectativas e significados da sua experiência pessoal.

Percepções e sensações convergentes permearam os depoimentos das lactantes que experimentaram o aleitamento materno exclusivo por menos tempo:

Ah! É muito gostoso, né? Assim, a gente fica olhando a carinha dele quando dá o peito e não tem sensação mais gostosa... É incrível! Parece que ele sente isso também, né? Parece que ele sente que é gostoso, ele dá até risada! (1M) Ah! Tá cada vez mais gostoso, né? (2M) Não tem outra coisa igual amamentar, quando a gente olha o rostinho dele... É incrível! Quando ele dá risadinha, olhando pra gente... É um amor que não dá pra explicar, não tem coisa igual... Parece que o amor aumenta, sabe? (3M) (Citrino)

É mágico! É lindo! Não tem explicação... (1M) Não tem explicação... É uma doação... É uma coisa verdadeiramente de mãe pra filho, que só uma mãe poderia fazer... Não tem explicação... (2M) É mágico! É ser mãe! (3M) (Ágata)

“Problemas surgem, mas vou me adaptando para amamentar”

As lactantes, ao mesmo tempo em que consideram a importância e sentem satisfação com o aleitamento materno exclusivo, continuaram enfrentando dificuldades para mantê-lo após a primeira semana de vida da criança, algumas foram superadas, outras permaneceram por todo o período estudado:

Tenho um pouco de dificuldade, sabe? Eu acho que é porque meu peito é muito grande, então, eu não consigo pegar ele direito no colo, fica desajeitado... Mas eu tô conseguindo dar o

peito, sim! Dói um pouco quando ele começa a mamar, mas eu acho que é assim mesmo, que é normal, porque logo passa... (1M) Quando ele quer mamar tem que ser na hora que ele quer, independente da hora e de madrugada isso fica mais difícil... A dor que eu sentia já passou! Acho que ele acostumou a mamar e eu a ter paciência pra deixar ele mamar à vontade. Aí, ele já mama e eu nem percebo a hora que ele para... (2M) Acho que toda mãe sente um pouco de dificuldade no primeiro filho, né? Mas eu tinha um pouco de dor e agora não tenho mais... Já me acertei com ele, demorou, mas a gente se acertou! Ele já aprendeu a mamar certinho... Já tem a posição certa que eu coloco ele pra mamar, aí, fica mais fácil! Mas eu to conseguindo dar melhor pra ele quando eu deito, acho que é por causa do meu peito, que é muito grande... Aí, quando eu deito, eu consigo me ajeitar melhor... (3M) Ele só quer mamar deitado, não tem outro jeito de fazer ele mamar... (4M) Ele tá mamando mais vezes, mas bem pouquinho... Então, tem noites que ele não me deixa dormir, mas como ele mama deitado. Eu coloco ele aqui na cama com a gente e ele mama certinho e dorme aqui no meio... (5M) Ah! Continua aquela coisa de ele só mamar deitado... Isso que é ruim... Eu acostumei ele mal, né? Fazer o que? Agora tem que agüentar, né? E me planejar, cada vez que eu vou fazer alguma coisa. (6M) (Turmalina)

Ah! Dói quando ela começa mamar, sabe? Até ela se acertar, pegar o peito certinho, isso dói. Mas depois que ela pega certinho para de doer. Acho que é o tempo dela se acertar no colo numa posição boa pra ela, né? (1M) É só a dorzinha mesmo que continua. Mas é uma dor bem fraquinha, quase nem sinto mais. É só nas primeiras vezes que ela puxa. Então, nem ligo. (2M) Só a dorzinha que eu tinha mesmo, que agora quase nem tem mais... (3M) Só pra tirar o leite mesmo. No começo foi bem difícil. Mas, agora eu já peguei o jeito. Só

minha mãe que sofre pra dar o leite no copinho pra ela, mas tá pegando o jeito já, também. Porque ela sabe que eu não quero dar mamadeira pra minha filha. (4M) Continua um pouco difícil a história de tirar o leite, né? Porque ela tá mamando mais. (5M) A única coisa difícil, agora, é preparar essas papinhas pra ela... Tira a paciência ficar raspando as frutas pra dar... É mais fácil dar o peito. (6M) (Ônix)

Ah! Problema só quando eu fico longe, né? Assim... Eu precisei ir no posto outro dia que me deu alergia, e não levei ele... Aí, do posto me pediram pra passar no hospital. Porque tava bem feio a alergia, né? Aí, deu a hora de ele mamar e meu peito começou a vazar, né? É ruim ficar longe... Que nem, no começo eu tinha dor, agora não tenho mais. Acho que meu peito acostumou... Só dá bastante sono... Eu sempre dou mamá sentada na cama com ele, pra ele não cair, né? Porque eu fico com medo de dormir e cair com ele no chão e machucar... Dá medo de acontecer alguma coisa... (1M) O tempo, né? Porque ele quer mamar muito, muito... Tem dia que ele quer mamar de meia em meia hora... Que nem tem vezes que eu to deitada aqui e ele fica procurando o peito... Outro dia eu tava deitada aqui e ele quis mamar, eu percebi que ele tava fazendo de chupeta, aí eu tentei tirar o peito e ele acordou. Mas que nem, a gente já tira licença pra cuidar só deles, eu não acho justo, sabe? Ele fica muito, muito, muito grudado... Mas eu não acho ruim por causa disso, sabe? Eu acho muito trabalhoso, mas não é ruim. Mas tem que ter paciência, né? E, eu acho que é por isso que muita mãe desiste, porque tem que ter paciência... Que nem em dias que ele não deixa eu fazer o serviço, né? Aí, eu só consigo fazer as coisas depois que meu marido chega e a gente acaba discutindo por isso. Mas tem que cuidar, né? Eles fazem isso com a gente, mas vai saber o que a gente fez com a nossa mãe também, né? (2M) Agora,

parece que ele tá mordendo meu peito... A gente comprou um mordedor porque ele tá babando muito e falaram que é o dentinho dele que quer começar a apontar, sabe? Aí, ele morde o peito e dói... Mas é só apertar bem de levinho a bochecha dele que ele para, sabe? Aí, parece que ele lembra que ele tava mamando e começa a mamar sem me morder...
(3M) (Citrino)

O que fica mais evidente nos depoimentos acima, quanto aos problemas enfrentados, é a referencia à dor sentida ao iniciar a amamentação, a insegurança e o trabalho de cuidar do primeiro filho, Nesses depoimentos, revelaram-se como pontos mais significativos: as dificuldades em relação ao aleitamento, expressas na dor sentida ao amamentar e a insegurança frente ao primeiro filho.

Destaca-se que a dor sentida pelas nutrizes não deveria estar acontecendo, levando a crer que nas diferentes situações, estava havendo problemas na pega e no posicionamento do binômio para a amamentação, que poderiam ser resolvidos com o adequado apoio e orientação para tal (Sanches, 2000; Carvalhaes e Correa, 2003). Embora, as mães não tenham referido apoio neste sentido, a dor não foi motivo para o desmame para aquelas que desejam amamentar, permitindo supor o considerável empenho dessas em amamentar.

A insegurança no cuidado com a criança relacionada com a primiparidade tem merecido destaque. Segundo Venâncio et al.(2002) e Berra et al. (2003), ao mesmo tempo em que as primíparas estão mais propensas a iniciar o aleitamento materno, costumam mantê-lo por menos tempo, introduzindo mais precocemente alimentos complementares. Outro estudo, de Hammer, Bryson e Agras (1999), demonstra que as mães desmamavam mais precocemente o primogênito e mantinham o aleitamento materno tanto mais prolongado quanto maior o número de

ordem da criança na família, parecendo essa razão estar relacionada à insegurança da “mãe de primeira viagem”.

No presente estudo, embora apresentada por algumas das lactantes primíparas, a insegurança não se mostrou como barreira para o aleitamento materno exclusivo.

Também associados às dificuldades sentidas pelas mães em aleitamento materno exclusivo, foram apontados aspectos do cotidiano dessas que as preocupavam, obrigando-as a dividir sua atenção em relação à criança, a si própria a sua família, como consta no depoimento anterior de Citrino e, também, no de Ágata a seguir:

É muito difícil amamentar quando a gente tem outras coisas pra fazer... Que nem, eu cuido do meu pai. E, tem horas que eu preciso cuidar dele e meu filho quer mamar... Aí, fica difícil, né? De noite, que meu marido ajuda fica mais fácil, mas durante o dia é bem difícil... Que quase não to saindo mais de casa... (1M) Dor, peito cheio, febre, essas coisas eu não tive... Meu problema é mesmo cuidar dos dois o tempo todo... (1M) Dificuldade, dificuldade não. Só o tempo mesmo... Ele quer mamar demais... E eu tenho outras coisas pra fazer... Não consigo só cuidar dele! Tem que cuidar do meu pai também... Mas dor que nem as outras mulheres falam, eu já te disse que não senti... Só nos primeiros dias... (2M) É duro sair com o meu filho de casa... Sempre que ele quer mamar, tem que dar um jeito... (3M) (Ágata)

Relendo esse depoimento à luz da literatura, constata-se que amamentar é mais uma tarefa a ser cumprida dentre as que cotidianamente ocupam o tempo da lactante e, por vezes, parece dificultar sua rotina. Tomando por base Silva (1990) e Nakano (1996), verifica-se que, embora haja a princípio, o desejo explícito da amamentação por

algumas puérperas, ao voltar a assumir suas outras responsabilidades diárias, a referida prática passa a ser preterida.

A divisão das tarefas diárias de cuidado tem se mostrado um fator de fundamental importância na manutenção do aleitamento materno exclusivo e constituindo-se, inclusive, como uma categoria empírica neste estudo. A conciliação entre as múltiplas jornadas de trabalho têm sido demonstrada pela literatura como fator impeditivo do aleitamento materno exclusivo, como aponta Almeida (1999). A dependência da criança em relação à mãe se torna, assim, um limitador significativo da vida da mulher, que necessita se adaptar ao novo contexto, e muitas vezes implica em sentimento de impaciência, nervosismo irritação e raiva, como já descrito por Ramos e Almeida (2003).

“Sei que amamentar é o melhor para o meu filho”

As lactantes em aleitamento materno exclusivo expressaram que, na seqüência da primeira semana após o parto, foram poucos os conhecimentos adquiridos sobre o aleitamento materno. Entretanto, os depoimentos e a observação sobre a experiência da amamentação realizadas em seus domicílios deixaram transparecer que houve oportunidade para validarem ou não tanto as informações do senso comum como as técnicas e científicas. E, neste processo de validação, dentre os novos conhecimentos adquiridos e reafirmados o aspecto que mais se destacou foi a convicção sobre a importância da amamentação para a saúde de seus filhos:

Eu aprendi que é muito importante amamentar pra proteger o meu filho, que ele precisa disso pra crescer forte e saudável, pra não ter doença, pra não ter dor de garganta, nem dor de ouvido, nem pneumonia... que o leite de vaca dá alergia... e que o leite da mãe já tá pronto, diferente do leite em pó, que

precisa de mamadeira, de preparo... (1M) (Aprendi) que ele larga o peito quando tá satisfeito, que tem que ter paciência, e que tem que se acertar com o bebê, porque ele não quer se acertar com a gente não... A gente até consegue um pouco, mas não tem muito jeito...(2M) Eu sei que é muito importante pro bebê, né? Que ajuda a ficar mais saudável, crescer mais forte, que não pega nenhuma doença se tiver só mamando, que não precisa dar nem água, nem comida, nem nada pro bebê até os seis meses e... é isso. (3M) Ah! Eu sei aquilo mesmo que eu sempre te falo, né? Que é importante pro meu filho, que é um jeito que eu tenho de fazer ele crescer mais forte... mais saudável, e que não precisa dar mais nada além do peito pra ele... (4M) Ah, eu sei aquilo que as pessoas falam mesmo, né? Que a criança que mama no peito é mais saudável, mais inteligente... Essas coisas que as pessoas falam mesmo né? Que a gente tem que amamentar só no peito até os seis meses...(5M) Olha, eu sei que é importante pro bebê, que ajuda a crescer forte e saudável... que nem meu filho, que nunca teve nem gripe, nem dor de ouvido nem nada... ele é super forte... e só mamou no peito até agora...(6M) (Turmalina)

Eu sei que é muito bom pro bebê, que ajuda a crescer forte e saudável, não precisa dar nem água nem chá porque o leite já tem tudo que a criança precisa, a criança que mama no peito é mais inteligente, e mais um monte de coisa. (1M) Olha, o que eu aprendi não mudou. As pessoas falam um monte de coisa pra gente. Que nem minha sogra, que quer que eu dê mamadeira pra ela porque ela tá magrinha. Mas eu passei no posto, e eu pesei e medi ela, e o pediatra falou que ela tá crescendo bem pra idade dela. Então, não precisa dar nada. (2M) O que a gente aprende não muda. Quando a gente aprende mesmo. Eu sei que não precisa dar chupeta nem

mamadeira, nem água, chá essas coisas, e que o leite da mãe é que protege o bebê das doenças, né? (3M) E, eu não quero dar nada pra ela antes dos seis meses, só o leite do peito, que é o que a gente sabe que precisa pro bebê crescer melhor, né? ...mais forte, saudável, sem doenças, com proteção. (4M) Tudo o que eu sei não mudou. Eu sei que é importante pra minha filha, que protege ela, que faz ela crescer forte e saudável, que ajuda a proteger, que sustenta ela direitinho e que não precisa de mais nada além do leite do peito. (5M) Que é importante, né? Ainda mais agora que eu comecei a dar as papinhas de fruta que o pediatra falou, mas não tô dando nada de líquido sem ser o leite do peito. (6M) (Ônix)

As concepções maternas sobre a importância da amamentação, como uma forma de proteção de mãe para filho, almejando sua nutrição e crescimento adequados, já foram descritas como fatores positivos para o sucesso dessa prática, por autores que relacionaram esse aprendizado à crescente veiculação de informações neste sentido, através da mídia (Ichisato e Shimo 2002; Rea 2003; Santos, Souler e Azoubel, 2005). A justificativa apresentada por mães para a realização do aleitamento materno exclusivo centrada nos benefícios para o filho, colocando-a em segundo plano, também foi descrita por Sandre-Pereira et al. (2000).

Assim, o crédito materno na relação entre o aleitamento materno e a saúde da criança parece ser um importante fator protetor da sua exclusividade, mesmo diante das pressões de pessoas de referência da mãe que possam influenciar negativamente o processo de amamentar. Teixeira et al. (2006) alertam que existem ambientes culturais nos quais existe a interferência negativa de avós desestimulando e desvalorizando o aleitamento materno. Nestes ambientes, torna-se imprescindível o apoio profissional, especialmente se a mãe não está suficientemente engajada em sua proposta de amamentar.

“Recebo ajuda com as tarefas diárias”

Compartilhar o cuidado da criança com os familiares, bem como receber ajuda para as tarefas diárias foi relatado pelas lactantes como fundamentais para o sucesso da amamentação:

...e têm horas que eu preciso cuidar dele (pai) e meu filho quer mamar... Aí, fica difícil, né? De noite, que meu marido ajuda fica mais fácil, mas durante o dia é bem difícil...(Ágata, 1M)

Tem dia que ele quer mamar de vinte em vinte minutos, sabe? Não deixa a gente dormir e meu marido tá ajudando bastante né? Isso que é bom! A gente tá revezando o lado da cama pra ele poder me ajudar, né? Porque meu filho mama de qualquer jeito, sabe? Ele quer ficar junto... (Citrino, 3M)

Esses cuidados também foram relatados pelos familiares, com destaque aos pais dos lactentes, que gostavam de ajudar nas tarefas cotidianas:

Eu ajudo no que posso. Busco a bebê no berço, ajeito os travesseiros pra ela... ponho pra arrotar... fico do lado... na verdade eu adoro ficar do lado quando ela tá amamentando! (F, 1M) Eu faço a minha parte! Continuo pondo a bebê pra arrotar, acordando de madrugada pra pegar ela no berço depois pra dormir... (F, 2M) E aprendi que eu posso ajudar minha esposa a tirar o leite pra ficar mais fácil pra ela... Enquanto ela dá mamá em um peito eu tiro do outro... (F, 5M) Olha! Eu continuo dando o leite que eu ajudo ela a tirar... E aí tem que entrar as papinhas, também... Virei um pouco mãe, um pouco babá... Dá trabalho, mas é uma delícia! (F, 6M) (Ônix)

Eu que to colocando ele pra arrotar! Já perdi o medo de cuidar dele! To até dando banho já! É tão gostoso...(F, 1M) ...Ele termina de mamar e vem pro meu colo arrotar quando eu to em casa... Também, pra ajudar um pouco ela, né? Que ela fica em casa com ele o dia inteiro... ela fica cansada de cuidar dele o dia inteiro... Aí, eu ajudo no que eu posso... dou banho, troco fralda, ponho pra arrotar. Mas eu to trabalhando muito... Aí, também, não agüento muito tempo... Mas to me esforçando! (F, 2M) (Citrino)

Esses depoimentos correlacionados aos desfechos dos processos de amamentação confirmaram a interferência positiva do pai/companheiro a exclusividade do mesmo, mais prolongada e suficiente para Ônix, e mais limitada para Citrino.

Pontes, Alexandrino e Osório (2008), em estudo sobre a interferência do pai no processo de lactação, relatam que essa participação na amamentação tem fundamental importância na sua duração. Machado e Bosi (2008) afirmam que a presença do pai/companheiro é reconhecida como um auxílio valioso no processo de amamentação e, especialmente quando a participação é efetiva, oferece a oportunidade de entender a amamentação não apenas como uma exclusividade da mãe, mas como uma responsabilidade assumida e compartilhada pelo casal.

Em relação a esta categoria empírica, em síntese, pode-se perceber que manter o aleitamento materno exclusivo teve a contribuição de vários fatores em conjunto. Amamentar não foi visto em nenhum momento pelas nutrizes como um ato fácil, sendo enfrentados problemas de diferentes ordens. Porém, tornou-se evidente que a determinação dessas mães no sucesso da amamentação, respaldada principalmente na crença dos benefícios à saúde de seus filhos e nas redes de apoio formadas ao redor delas foi fundamental para a manutenção desse processo.

4.3.3 Vivenciando o processo de desmame precoce

O desmame precoce para as participantes do estudo deu-se em diferentes momentos. Para Ametista, Quartzito e Água Marinha, esse se deu logo na primeira semana; para Topázio, no primeiro mês e para Ágata e, Citrino, no quarto mês após o parto. A análise da experiência dessas lactantes relativa aos meses subsequentes à primeira semana após o parto permitiu apreender as categorias empíricas: “fui bem informada sobre amamentação”, “eu não queria, mas precisei desmamar”, e “se fosse fácil amamentar eu teria conseguido”. Da mesma forma, os trechos dos depoimentos que exemplificam as categorias, foram organizados cronologicamente com a respectiva identificação.

“Fui bem informada sobre amamentação”

Na perspectiva das lactantes, a experiência da amamentação para aquelas que iniciaram o desmame precocemente, não propiciou a aquisição de novos conhecimentos em relação aos já sabidos.

Ao se comparar os depoimentos dessas mães dos obtidos no início do trabalho de campo com os obtidos nos meses subsequentes, verifica-se que as lactantes vão listando aspectos importantes para a prática efetiva e sucesso da amamentação, abordados principalmente nos serviços de saúde. Entretanto, tais aspectos foram superficialmente citados, indicando pouca valorização das lactantes quanto aos mesmos. Ao contrário do que foi marcadamente detectado nas experiências daquelas que se mantiveram em aleitamento materno exclusivo por mais tempo, pode-se perceber, inclusive, a ausência de referências de aprendizado com a prática da amamentação:

Só aquilo mesmo que eu já sabia, que é importante, que protege a criança, que a gente tem que insistir pro filho mamar... Essas coisas que falam pra gente no posto, na caderneta de vacina, que a família fala. (1M) Que é importante amamentar porque protege o filho, sustenta mais que o leite de vaca, ajuda a melhorar a saúde da criança. (2M) (Ametista)

Eu sei que é importante, que no leite do meu peito tem tudo que minha filha precisa, que tem água, vitamina, proteína, que faz ela engordar do jeito certo, que bebê que mama no peito não fica doente. Acho que é isso. (1M) Eu aprendi só as mesmas coisas de sempre... As coisas que as pessoas falam, da importância do leite... (2M) Não aprendi nada novo. (3M) (Quartzo)

Ah! Eu sei que é importante, que é bom pra ajudar a bebê a crescer forte... (1M) (Água Marinha)

Ah! Nada, só aquilo que eu sabia mesmo. Que é importante pra o bebê, que tem que ficar de lado depois de mamar, é mais fácil pra ela mamar se for deitada e mais um monte de coisa que tem no livrinho que o meu marido guardou lá da maternidade. A gente sempre lê o livrinho. (1M) Eu acho que eu aprendi um pouco sabe... (2M) Eu aprendi que precisa amamentar pra criança crescer mais forte, né? Que por mais que seja pouquinho que nem eu to agora tem que dar, né? Pra ajudar ela a ficar mais protegida. (3M) (Topázio)

Sabe-se que a amamentação é um processo que precisa ser aprendido e reaprendido pela mulher Katz (1999). No caso de primíparas, devido ao risco aumentado de desmame precoce (Brasil, 1995), tem-se enfatizado a necessidade de se voltar atenção especial a esta categoria de lactantes (UNICEF, 1993).

Neste sentido, a falta de experiência anterior pode ser compensada mediante a formação de uma estrutura de apoio às nutrizes, sem considerar que, por serem primíparas, todas as mulheres aspirem ao mesmo tipo de ajuda e que essa se resolva mediante o repasse simples de informações (Ramos e Almeida 2003).

No presente estudo, verificou-se que apesar de se mostrarem informadas sobre aspectos fundamentais sobre o aleitamento materno, algumas mães desmamaram precocemente seus filhos, o que aponta para a necessidade de ações de apoio, para além das educativas.

“Eu não queria, mas precisei desmamar”

Independente da idade da criança, oferecer outro líquido ou alimento que não o leite materno foi considerado, de alguma forma, necessário pela lactante, sendo que para essa decisão por vezes sentiram-se desestimuladas e por vezes respaldadas por profissionais da saúde ou por outras fontes:

O médico que eu to levando ela agora falou que eu tenho que continuar tentando dar o peito pra ela, principalmente porque ela tá com um probleminha no intestino e deu alergia ao leite de vaca e leite de soja, sabe? (Topázio, 2M)

Ele tava mamando, mas aí o pediatra falou que, como ele vai pra creche, era melhor começar a dar papinha de fruta, também. E, eu to dando, né? (Citrino, 4M)

Ah! Eu me sinto mal, né? Todo mundo fala que precisa amamentar, que é importante pro bebê, mas eu não consegui... (Água Marinha, 1M)

Por esse último depoimento, pode-se inferir que o sentimento de pesar pelo desmame esteve presente neste momento. Entre os motivos que levaram as lactantes ao desmame precoce, somente Água Marinha referiu essa situação como uma dificuldade própria, sendo que as demais lactantes apontaram problemas que julgavam fora de seu alcance superar, especialmente, a falta de leite, o leite fraco e o comportamento da criança.

Com exceção de Citrino, a falta de leite e o leite fraco foram problemas relatados por todas aquelas que desmamaram precocemente. Algumas desde o primeiro mês e para outras, em várias visitas:

...não sei quanto tempo vou amamentar, pois não tenho leite suficiente para minha filha. Meu leite não sustenta, parece que tenho pouco leite e que é fraco... (Ametista, 1S) Eu não consigo amamentar direito... Eu tenho pouco leite... (1M) (Ametista)

Eu tinha pouco leite e meu leite era fraco, não sustentava ela... (1M) (Água Marinha)

E eu tô com pouco leite. Não sustenta mais ela o leite que eu tenho... Nem vaza mais... No peito ela fica chupando, chupando e não sai o tanto que ela quer... (...) Só meu leite que parece que secou... Não tem mais aquele tanto que tinha que vazava de monte... Ontem, mesmo, eu fui até na cidade e demorei pra voltar e não vazou nada. Se fosse antes, tinha vazado um monte... (1M) Eu não sinto mais meu peito cheio que nem era... Tem dias que ele fica muchinho... (2M) Tem horas que nem apertando o peito sai leite mais... Outro dia eu fiquei umas três horas sem dar o peito pra ela e nem assim o peito encheu... (3M) (Topázio)

Ela tá mamando bem menos por causa do meu leite que não sustenta mais ela... Acho que não sustenta, né? Porque ela sai do peito e começa a chorar e, se a gente dá uma mamadeira, ela mama inteirinha, não deixa sobrar nada. E com a mamadeira ela tá engordando certinho. Então quer dizer que ela precisa da mamadeira, né? Só o meu leite não sustenta ela... (2M) (Quartzo)

Almeida (1999) destaca que “leite fraco” e “pouco leite” são as construções sociais mais utilizadas como modelo explicativo para o abandono da amamentação, sendo, no entanto, raras as disfunções lactogênicas mamária. Esse mesmo autor além de esclarecer que esse tem sido um recurso secular que as mães se utilizam frente à cobrança social do seu papel de nutriz, alerta para que este tipo de alegação remete a um pedido de socorro dessas lactentes frente às dificuldades vivenciadas no transcurso da amamentação, por não conseguir ou não saber como se portar (Almeida e Gomes 1998).

A idéia de que o filho é responsável pelo processo de amamentação está presente em todos os depoimentos colhidos das lactantes que passaram pelo processo de desmame precoce e ficou mais evidente naquelas que não chegaram a completar os quatro primeiros meses da amamentação, como demonstram os trechos abaixo:

Eu não consigo amamentar direito... Ela é nervosa e não pega direito no peito, machuca muito... (...) Ela não mama direito. Dói muito. Ela fica nervosa, eu perco a paciência... (1M) Ela quase não mama mais, tá parando... Cada vez tá mais difícil fazer ela mamar... ela não tem paciência, e eu já to perdendo a minha completamente...(2M) (Ametista)

Ela não mama direito. Não tem paciência. Aí, eu fico nervosa também. Ela não para de chorar, enquanto eu não dou a

mamadeira. Ela fica horas no peito e não chupa direito. Aí, eu não to agüentando mais muito tempo, não. Ela chora demais. (1M) Eu to amamentando ela muito pouco, principalmente porque ela não para com a cabeça, sabe? Ela fica mexendo o tempo inteiro, não para mesmo... (3M) (Quartzo)

...mas ela também não tinha paciência pra mamar, sabe? Pegava no peito e chorava. Não parava de chorar... (1M) (Água Marinha)

Ela fica irritada, mexe muito a cabeça, não fica quieta mamando mais... Fica um tempão chupando o peito e se ela largar e a gente der uma chuquinha ela mama tudo, rapidinho... (1M) Ela fica irritada, mexe muito a cabeça... (2M) Ela tá mamando bem pouquinho... Ela tá sem paciência e com a chuquinha é mais fácil. Porque ela não tem paciência pra mamar, ela não quer ficar chupando no peito... (3M) (Topázio)

Para Silva (1994), o comportamento da criança, quanto à sua habilidade em apreender o mamilo e desenvolver a sucção, é interpretado pela mãe como indicador da aceitação do peito e, em sentido mais amplo, da aceitação do leite materno, enquanto que a dificuldade em apreender o mamilo por parte do recém-nascido é vista pela mãe como não aceitação do peito. A expressão orofacial da criança devido ao reflexo de procura, também, pode ser interpretada erroneamente pela mãe como resposta de desprazer ou desagrado do lactente aos sabores do leite do peito (Blass 1990). O desmame pautado na recusa da criança em pegar o peito é uma das explicações mais comumente utilizadas pelas mães. Isso talvez se deva ao fato da vida da mulher atual ser atribulada e, possivelmente, a uma falta de suporte cultural da sociedade tradicional, onde as avós transmitiam as informações e treinamentos às novas mães e as incentivavam (Carrascoza et al., 2005).

A introdução de leite artificial, por meio de mamadeira, parece ser a primeira opção mediante a referida recusa da criança em relação ao aleitamento materno. Nesses casos, há de se considerar a comprovada dificuldade de se manter o aleitamento materno exclusivo quando se inicia outro leite (França et al., 2008). Ainda, para Righard (1996), o uso de chá ou água por mamadeira, prática tida como inofensiva por muitas mães e profissionais de saúde, pode contribuir para a introdução precoce de leites industrializados, pois a boa técnica de amamentação está relacionada com esvaziamento efetivo da mama. Para Souza, Szarfarc e Souza (1999) a introdução de leite não materno talvez seja um dos principais iniciadores e aceleradores do processo de desmame.

“Se fosse fácil amamentar eu teria conseguido”

A influência negativa para a amamentação, dos hábitos sócio-culturais e concepções familiares e do meio também se fizeram presentes nos depoimentos das lactentes. Alguns desses hábitos e concepções, como os citados abaixo, evidenciam e clarificam esta idéia, se relacionando com o desmame precoce:

...ele tava muito nervoso e eu queria dar um chazinho de camomila pra ele. Mas, que nem foi falado (na reunião de gestantes) que não precisava dar água, nem chazinho, né? Mas, os outros falam que pode dar água, essas coisas... Então, eu tentei dar mamadeira e ele não gostou, né? E, eu nem insisti... Acho que tem que enfiar muito a mamadeira na boca dele, né? (2M) (Citrino)

Fora que eu joguei leite na pia, e isso não presta, né? Dizem que seca o leite se a gente joga fora... E, a minha vizinha não

tinha leite e ficou olhando muito... Aí, minha mãe falou que pode ter sido isso que secou meu leite... (2M) (Topázio)

E, quando minha mãe sai a coisa piora, porque meu marido só ajuda na hora do banho, mesmo...(2M) (Quartzo)

Ela não me deixava dormir, não deixava meu marido dormir... Até ele ficava irritado, porque de noite quando ele queria descansar e ela ficava chorando, e só parava quando dava mamadeira... Não deixava ninguém dormir... Tinha que dar a mamadeira e colocar ela pra dormir no meio da gente, aí ela parava... (1M) (Água Marinha)

Só entendi que é mais difícil amamentar do que as pessoas falam... Se fosse fácil, eu teria conseguido amamentar só no peito... (2M) (Ametista)

Para Durand (1998), a cultura do não amamentar está presente na contemporaneidade e se defronta com outra cultura, a do dever amamentar. Neste contexto, as crenças e os tabus sobre aleitamento materno permeiam sua prática, conduzindo para o desfecho final da amamentação, assim como ressalta Araújo (1997) quando refere que as opiniões e interferências externas têm grande influência no resultado final da amamentação.

Carrascoza et al., (2005) apontam que as mulheres acabam por interromper o aleitamento, principalmente, devido a uma falta de suporte cultural e atribulações da vida atual. Para Araújo et al. (2008), atualmente, estas são as razões mais comumente apontadas pelas mães ao desmamarem seus bebês precocemente, apesar de conhecerem grande parte das vantagens do aleitamento materno.

Em síntese, os discursos das lactantes que desmamaram precocemente deixaram transparecer que ao lado da influência negativa

de fatores familiares, assistenciais e sócio-culturais, fatores inerentes às próprias lactantes se fizeram presentes. Dentre esses últimos, a falta de determinação em manter a exclusividade de esta prática alimentar.



Considerações Finais

Considera-se que a aplicação do método etnográfico possibilitou a aproximação ao cotidiano de vida de lactantes primíparas usuárias do SUS e, desse modo, compreender suas experiências de amamentar.

Dessa maneira, pode-se afirmar que a amamentação se apresenta como um evento especial em cada contexto familiar de sua ocorrência, especialmente no início dessa experiência, quando são confrontados os conhecimentos do senso comum com científicos obtidos por meio de diferentes fontes e momentos de vida, com destaque às veiculadas pela atenção básica e na maternidade, durante o período gestacional. Com relação às orientações por parte dos serviços de saúde, foi possível constatar que há um grande predomínio de informações de cunho biológico, com raras alusões às dimensões sócio-afetivas dessa prática. Destaca-se que familiares, muitas vezes, foram os maiores transmissores das informações no período pós-parto, consagrando-se como figuras de auxílio e apoio.

A princípio, embora presentes o desejo explícito da aderência ao aleitamento materno exclusivo e o reconhecimento de sua importância para a saúde de seus filhos, as puérperas primíparas em geral, mostraram-se inseguras quanto aos referidos conhecimentos e carentes de atenção familiar e profissional. E, ao lado da satisfação de estarem amamentando, foram surgindo problemas, por sua vez, enfrentados de diferentes maneiras, em cada situação. Sendo que, a partir desse enfrentamento, definiu-se o desfecho da amamentação.

Foi possível relacionar o desfecho mais prolongado do aleitamento materno exclusivo às lactantes que se mostraram encantadas com a prática e convencidas dos benefícios da amamentação para seus filhos, mesmo diante de problemas e da interferência contrária de seu meio cultural.

Cabe destacar que amamentar não foi considerado, pelas nutrizes, como um ato fácil, sendo enfrentadas dificuldades de diferentes ordens. Porém, tornou-se evidente que a determinação dessas mães no sucesso da amamentação, respaldada principalmente na crença dos benefícios à saúde de seus filhos e nas redes de apoio formadas ao redor delas foi fundamental para a manutenção desse processo.

Para aquelas que vivenciaram o desmame precoce, o explícito desejo e o conhecimento prévio sobre amamentação não foram suficientes para se contraporem à referida interferência, bem como para superarem os entraves cotidianos surgidos, revelando a complexidade e as dificuldades práticas vivenciadas por essas mães.

Por fim, recomenda-se que a rede de apoio profissional há de estar permanentemente atenta a essas condições e preparada a reforçar as potencialidades, como a determinação em amamentar. E, ao identificar a ausência dessa característica, propor alternativas para a superação das possíveis dificuldades decorrentes, aproximando-se, para tal, do cotidiano das lactantes e compartilhando saberes e práticas em prol da amamentação.

Ainda, recomenda-se que rede de apoio constituída pelos familiares necessita ser mais valorizada e mais estimulada, para, assim, conseguir manter o apoio próximo e permanente às nutrizes, em conjunto com os serviços de saúde locais, especialmente desmistificando conceitos e agregando outros pertinentes à boa prática do aleitamento materno.



Referências

1. UNICEF [Internet]. Brasil: Aleitamento Materno. Brasília: UNICEF; 2009 [acesso 14 Jan 2009]. Disponível em <http://www.unicef.org>.
2. Leon-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin J. Quantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington,DC: OPS, 2002.
3. Dundaroz R, Aydin HA, Ulucan H, Baltac V, Denli M, Gokcay E. Preliminary study on DNA damage in non breast-fed infants. *Pediatr Int* 2002; 44(2):127-30.
4. Santos DCL, Martins-Filho J. Padrão respiratório (nasal ou bucal) e amamentação: há relação?. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2005; 59(5):379-84.
5. Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking: effects on occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child* 2004; 89(12):1121-3.
6. Saarinen UM, Kajosaari M. Breastfeeding as a prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet* 1995; 346(8982):1065-9.
7. Armogida SA, Yannaras NM, Melton AL, Srivastava MD. Identification and quantification of innate immune system mediators in human breast milk. *Allergy and Asthma Proc* 2004; 25(5):297-304.

8. Kerkhof M, Koopman LP, Van Strien RT, Wijga A, Smit HA, Aalberse RC et al. Risk factors for atopic dermatitis in infants at high risk allergy: the PIAMA study. Clin Exp Allergy 2003; 33(10):1336-41.
9. Ivarson A, Hernell O, Stelund H, Persson LA. Breast-feeding protects against celiac disease. Am J Clin Nutr 2002; 75(5):914-21.
10. Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I, Heller RF. Effect of breast feeding on risk of celiac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Arch Dis Child 2006; 91(1):39-43.
11. Klement E, Cohen RV, Boxman V, Joseph A, Reif S. Breastfeeding and risk of inflammatory bowel disease: a systematic review with meta-analysis. Am J Clin Nutr 2004; 80(5):1342-52.
12. Monetini L, Cavallo MG, Stefanini L, Ferrazzoli F, Bizzarri C, Marietti G et al. Bovine beta-casein antibodies in breast- and bottle-fed infants: their relevance in type 1 diabetes. Diabetes Metab Res Rev 2001; 17(1):51-4.
13. Sadauskaite-Kuehne V, Ludvigsson J, Padaiga Z, Jasinskiene E, Samuelsson U. Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. Diabetes Metab Res Rev 2004; 20(2):150-7.
14. Malcova H, Sumnik Z, Drevinek P, Venhacova J, Lebl J, Cinek O. Absence of breast-feeding is associated with the risk of type 1 diabetes: a case-control study in a population with rapidly increasing incidence. Eur J Pediatr 2006; 165(2):114-9.

15. Singhal A, Cole TJ, Lucas A. Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: two cohorts after randomised trials. *Lancet* 2001; 357(9254):413-9.
16. Owen CG, Whincup PH, Odoki K, Gilg JA, Cook DG. Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and systematic review. *Pediatrics* 2002; 110(3):597-608.
17. UK Childhood Cancer Study Investigators. Breastfeeding and childhood cancer. *Br J Cancer* 2001; 85(11):1685-94.
18. Bener A, Denic S, Galadari S. Longer breast-feeding and protection against childhood leukaemia and lymphomas. *Eur J Cancer* 2001; 37(2):234-8.
19. Guise JM, Austin D, Morris CD. Review of case-control studies related to breastfeeding and reduced risk of childhood leukemia. *Pediatrics* 2005; 116(5):e724-31.
20. Rao MR, Hediger ML, Levine RJ, Naficy AB, Vik T. Effect of breastfeeding on cognitive development of infants born small for gestational age. *Acta Paediatr* 2002; 91(3):267-74.
21. Daniels MC, Adair LS. Breast-feeding influences cognitive development in Filipino children. *J Nutri* 2005; 135(11):2589-95.
22. Smith MM, Durkin M, Hinton VJ, Bellinger D, Kuhn L. Influence of breastfeeding on cognitive outcomes at age 6-8 years: follow-up of

- very low birth weight infants. *Am J Epidemiol* 2003; 158(11):1075-82.
23. Richards M, Hardy R, Wadsworth ME. Long-term effects of breast-feeding in a national birth cohort: educational attainment and midlife cognitive function. *Public Health Nutr* 2002; 5(5):631-5.
24. Martin RM, Middleton N, Gunnell D, Owen CG, Smith GD. Breast-feeding and cancer: the Boyd Orr cohort and a systematic review with meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97(19):1446-57.
25. Chiaffarino F, Pelucchi C, Negri E, Parazzini F, Franceschi S, Talamini R et al. Breastfeeding and the risk of epithelial ovarian cancer in an Italian population. *Gynecol Oncol* 2005; 98(2):304-8.
26. Okamura C, Tsubono Y, Ito K, Niikura H, Takano T, Nagase S et al. Lactation and risk of endometrial cancer in Japan: a case-control study. *Tohoku J Exp Med* 2006; 208(2):109-15.
27. Kac G, Benicio MH, Velasquez-Melendez G, Valente JG, Struchiner CJ. Breastfeeding and postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. *Am J Clin Nutr* 2004; 79(3):487-93.
28. Patricio-Valdés G, Pablo-Sierralta G, Ximena-Ossa G, Angélica-Barría S. Duración de la amenorrea de lactancia em la población urbana de Temuco. *Rev Med Chile*, 2002; 130(1): 66-70.
29. Egbuonu I, Ezechukwu CC, Chukwuka JO, Ikechebelu JI. Breast-feeding, return of menses, sexual activity and contraceptive

- practices among mothers in the first six months of lactation in Onitsha, South Eastern Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2005; 25(5):500-3.
30. Karlsson MK, Ahlborg HG, Karlsson C. Maternity and bone mineral density. *Acta Orthop* 2005; 76(1):2-13.
31. Karlson EW, Mandl LA, Hankinson SE, Grodstein F. Do breast-feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? Results from the Nurses' Health Study. *Arthritis Rheum* 2004; 50(11):3458-67.
32. Groer MW. Differences between exclusive breastfeeders, formula-feeders and controls: a study of stress, mood and endocrine variables. *Biol Res Nurs* 2005; 7(2):106-17.
33. Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willet WC, Manson JE, Michels KB. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA* 2005; 294(20):2601-10.
34. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(7):37-45.
35. World Health Organization [Internet]. The optimal duration of exclusive breastfeeding. WHO; 2001 [acesso em 10 Jan 2009]. Disponível em www.who.int.

36. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva, 2008. 26 p.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Atenção Básica. Rede Amamenta Brasil: Caderno do Tutor. Brasília, 2009a. 118 p.
38. Almeida JAG, Gomes R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Rev Latino-Am Enferm* 1998; 6: 71-5
39. Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2002 julho-agosto; 10(4):578-85.
40. Badinter E. Um amor conquistado – o mito do amor materno. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1985.
41. Silva AAM. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes sobre aleitamento na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, 1990. 302 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

42. Brasil. Ministério da Saúde. [Homepage da Internet]. Disponível em www.saude.gov.br. Brasil, 2006.

Referências

43. IBFAN [Internet]. IBFAN; 2009 [acesso em 20 Fev 2009]. Disponível em <http://www.ibfan.org>

44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

45. Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. Brasília: UNICEF, 1997.

46. World Health Organization. Breastfeeding counseling: a training course. Geneva: WHO, 1994. WHO/CDR/93.3-6 (UNICEF/NUT/93.1-4) Available upon request from Health Systems and Community Health , World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

47. Ministério da Saúde [Internet]. Brasil: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: MS; 2009 [acesso em 16 Nov 2008]. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>

48. World Health Organization. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section1, Background

and implementation. World Health Organization and UNICEF: WHO, 2009.

Referências

49. Brasil [Internet]. Brasil: NBCAL; 2009 [acesso em 15 Jan 2009]. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>.
50. CLT [Internet] Brasil: Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília. [acesso em 16 Jul 2009]. Disponível em http://www.dji.com.br/decretos_leis/1943-005452-clt/clt391a401.htm.
51. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. D.O.U. DE 10/09/2008, P. 1
52. UNICEF. Breastfeeding, management and promotion in a baby friendly hospital: an 18-hour course for maternity staff. New York: UNICEF, 1993.
53. World Health Organization. Breastfeeding counseling: a training course. Geneva: WHO, 1994.
54. Coutinho SB, Lima MC, Ashworth A, Lira PIC. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. J Pediatr (Rio J) 2005; 81(6):471-7.

55. World Health Organization. Global strategy on infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2001.

Referências

56. Venancio SY, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública 2002; 36:313-8.

57. Segall-Correa AM et al. Amamentação e alimentação infantil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília, 2009.

58. Venancio SI. Determinantes individuais e contextuais do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em cento e onze municípios do Estado de São Paulo. [tese]. São Paulo: Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2002.

59. Vannuchi MTO, Thomson Z, Escuder MML, Tacla MTGM, Vezozzo KMK, Castro LMCP, Oliveira MBM, Venancio SI. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no município de Londrina, Paraná. Rev Bras Saúde Matern Infant 2005; 5(2):155-62.

60. Carvalhaes MABL, Parada MCGL, Costa MP. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil. Rev Latino-Am Enfermagem 2007; 15(1):62-9.

61. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. Rev Saúde Pública 2007; 41(5):711-8.
62. Widerpass E, Barros FC, Victora GC, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto:

Referências

- estudo longitudinal no Sul do Brasil. Rev Saúde Pública 1998; 32: 225-31.
63. Maia MGM, Tavares-Neto J, Rêgo RCF, Muniz PT. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno nas crianças menores de seis meses de idade, da cidade de Rio Branco (Acre). Rev Baiana Saúde Pública 2006; 30(1):129-40.
64. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Jornal de Pediatria 2004; 80 (5):S119-125.
65. Nakano MAS. O aleitamento materno no cotidiano feminino [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1996.
66. Silva IA. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1994.
67. Nakano AMS, Reis MCG, Pereira MJB, Gomes FA. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. Rev Latino-Am Enfermagem 2007; 15(2):230-8.
68. Araújo OD, Cunha AL, Lustosa LR, Nery IS, Mendonça RCM, Campelo SMA. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. Rev Bras Enferm 2008; 61(4): 488-92.

69. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido de natureza e cultura. Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 1999.

70. Lakshman R, Ogilvie D, Ong KK. Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. 2009 Arch Dis Child. 2009; 94(8):596-601.

Referências

71. Avery A, Zimmermann K, Underwood PW, Magnus JH. Confident commitment is a key factor for sustained breastfeeding. Birth 2009; 36(2):141-8.

72. Nelson AM. A metasynthesis of qualitative breastfeeding studies. J Midwifery Womens Health 2006; 51(2):e13-20.

73. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo, HUCITEC, 2006. 406 p.

74. Melleiro MM, Gualda DMR. Experiências e expressões de gestantes na interação com o sistema de saúde: um enfoque fotoetnográfico. Rev Latino-Am Enfermagem 2004; 12(3): 503-10.

75. Leininger M. Qualitative research methods in nursing. Orlando: Grune & Stratton, 1985. Cap. 3, p 33-71: Ethnography and ethnonursing models and modes of qualitative data analysis.

76. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.

77. Lima CMG, Dupas G, Oliveira I, Kakehashi S. Pesquisa etnográfica: iniciando a sua compreensão. Rev LatAm Enfermagem 1996; 4(1):21-30.

78. Magnani JGC. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. Rev Bras Cienc Sociais 2002; 17(49):11-29.
79. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing. 2nd ed. Oxford:Blackwell Publishing; 2002.

Referências

80. Sousa LB, Barroso MGT. Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem. Rev Esc Anna Nery 2008; 12:150-5.
81. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23^a. ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
82. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992. 175p.
83. Albernaz E, Araújo CL, Tomasi E, Mintem G, Giugliani E, Matijasevich A, et al. Influence of breastfeeding support on the tendencies of breastfeeding rates in the city of Pelotas (RS), Brazil, from 1982 to 2004. J Pediatr 2008; 84(6):560-4.
84. Giugliani ERJ. Amamentação: como e porque promover. J Pediatr 1994; 70(3): 138-51.
85. França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Espírito Santo LD, Köhler CV et al.. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. Rev Saúde Pública 2008; 42(4): 607-14.
86. Faustino-Silva DD, Lima DL, Rosito DB, Ribeiro SMF, Figueiredo MC. Percepções e saberes de gestantes sobre aleitamento materno – um estudo qualitativo. RFO 2008; 13(2)7-11.

87. Alden H, Marcus M, Tolbert PE, Small C, Blanck HM, Rubin C, et al. Breast-Feeding and PBBs: Response to Rogan and Weil. *Env Health Perspect* 2002; 110(1):18-25.

Referências

88. Sandre-Pereira G, Colares LGT, Carmo MGT, Soares EA. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(2): 457-66.
89. Bitar MAF. Aleitamento materno: um estudo etnográfico sobre os costumes, crenças e tabus ligados a esta prática. [dissertação] Belém (PA): Centro de Ciências da Saúde Departamento de Enfermagem / Universidade Federal do Pará; 1995.
90. Araújo LDS. Querer/poder amamentar: uma questão de representação? [tese]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 1997.
91. Percegoni N, Araújo RMA, Silva MMS, Euclides MP, Tinoco ALA. Conhecimento aobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. *Rev Nutr* 2002; 15(1):29-35.
92. Vinha VHP. O livro da amamentação. São Paulo: C. L. R. Baileiro; 1999.
93. Barros CF, Haldern R, Victora CG, Teixeira AMB, Béria JU. Promoção da amamentação em localidade da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. *Rev Saude Publica* 1994; 28(4): 277-83.

94. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. J Pediatr 2003; 79(5): 385-90.

Referências

95. Lana APB. O livro do estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação. São Paulo: Atheneu; 2001.

96. Arantes CIS. Amamentação - visão das mulheres que amamentam. J Pediatr 1995; 71: 195-202.

97. Ingran J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support fathers and families. Midwifery 2002;18:87-101.

98. Donath SM, Amir LH, Alspac Study Team. Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. Acta Paediatr 2003; 92(3): 352-6.

99. Sanches MT. Dificuldades iniciais na amamentação: um enfoque fonoaudiológico [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.

100. Carvalhaes MABL, Corrêa CR. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. J Pediatr 2003;79:13-20.

101. Berra S, Sabolsky J, Rajmil L, Passamonte R, Pronsato J, Botinof M. Correlates of breastfeeding duration in a urban cohort from Argentina. *Acta Paediatr* 2003; 92(8): 952-7.

Referências

102. Hammer LD, Bryson S, Agras S. Development of feeding practices during the first five years of life. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153(2): 189-94.
103. Santos VLF, Soler ZASG, Azoubel R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005; 5: 283-91.
104. Teixeira MA, Nitschke RG, Gasperi P, Siedler MJ. Significado das avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. *Texto Contexto-enferm* 2006; 15(1): 98-106.
105. Pontes CM, Alexandrino AC, Osório MM. Participação do pai no processo da amamentação: vivências, conhecimentos, comportamentos e sentimentos. *J Pediatr* 2008; 84(4):357-364.
106. Machado MMT, Bosi MLM. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes. usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2008; 8 (2): 187-196.
107. Katz RA. Adolescentes e maternidade: um destino, um problema, uma escolha? [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ; 1999.
108. Brasil. Ministério da Saúde. O aleitamento materno e o município. Brasília: PNIAM/INAN; 1995.

109. Blass EM. Suckling: determinants, changes, mechanisms, and lasting impressions. *Dev Psychol.* 1990; 26(4):520-33.

Referências

110. Carrascoza KC, Costa Júnior AL, Moraes ABA. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos de Psicologia* 2005; 22(4): 433-40.
111. Righard L. Early enhancement of successful breastfeeding. *World Health Forum.* 1996; 17(1):92-7.
112. Souza SB, Szarfarc SC, Souza JMP. Prática alimentar no primeiro ano de vida em crianças atendidas em centros de saúde escola do Município de São Paulo. *Rev Nutr* 1999; 12: 167-74.
113. Durand G. A imaginação simbólica. São Paulo: Cultrix/EDUSP; 1998.



Apêndices e Anexos

Apêndice 1 – Roteiro de entrevista para caracterização sócio-demográfica, econômica, domiciliar e sanitária das participantes do estudo e de sua família.

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Anexo A – Declaração de Innocenti.

Anexo B – Cópia da folha de aprovação da pesquisa em Comitê de Ética em Pesquisa responsável.

Anexo C – Ficha de avaliação de mamadas.

Anexo D – Homologação da troca de nome do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável.

Roteiro de Entrevista

I- Identificação do Formulário

Número do Formulário: _____ Data: ____/____/____ Início: ____h
Término: ____h

Ficha identificação da mãe e caracterização sócio-demográfica, econômica e domiciliar da lactante e de sua família

Nome da Puérpera/Mãe _____

Endereço: _____ Telefone _____

Data de nascimento: ____/____/____ **UBS Referência:** _____

Situação Conjugal _____

Anos de aprovação escolar: _____ Formação: _____

Ocupação antes/após o parto: _____

Licença Gestante: () não () sim:

Período: _____

Afastamento do trabalho antes pós parto (empregada) () não () sim:

Período: _____

Motivo: _____

Estudo antes/pós parto: _____

Afastamento do estudo antes/pós parto (estudante) () não () sim:

Período: _____ Motivo: _____

Saúde:

Antecedentes morbidos gerais da Puérpera/Mãe: _____

Antecedentes morbidos da gestação: _____

Composição familiar: Iniciais do Nome, Sexo, Idade, Grau de Parentesco, Anos de Aprovação Escolar, Ocupação, Renda Mensal, Lazer, Religião, Antecedentes Mórbidos.

Iniciais	Sexo	Idade	Parent.	Ecolar.	Ocup.	Renda	Lazer	Religião	A.M.

Ajuda externa financeira? () não () sim: Qual? _____

Descrição do domicílio e de seus componentes

Outras informações importantes _____

Nome do filho (a): _____

Nome do companheiro: _____

Data de nascimento: ____/____/____ UBS

Referência: _____

Número consultas no Pré-natal: _____ Dados do parto: _____

Antecedentes mórbidos: _____

Frequênta creche/berçário? () não () sim: Períodos e Motivos: _____

Nome do outro entrevistado _____

Data de nascimento: ____/____/____

UBSReferência: _____

Grau de Parentesco (Puérpera/Mãe): _____

CARTA INFORMATIVA
Resolução 196/96 do Ministério da Saúde

Meu nome é Carolina Guizardi Polido, sou enfermeira e aluna do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP. Você e sua família estão sendo convidados para participar de uma pesquisa, que tem como Título: “Amamentação – o outro lado”. Para participar desta pesquisa será necessário responder algumas perguntas em encontros quinzenais no hospital (o primeiro) e em seu domicílio (os demais) até os 6 meses de seu/ua filho/a. Serão realizadas entrevistas sobre o aleitamento materno e peço autorização para utilizar o gravador para que eu não esqueça nenhuma informação e nem tenha que ficar anotando na hora das entrevistas. Nestes encontros serão também realizadas, quando possível, observações das mamadas e anotações sobre as mesmas. Em nenhum momento haverá identificação dos nomes dos participantes estudo o que for falado e escrito será sigiloso. Caso não aceite participar desta pesquisa, ou qualquer outro membro de sua família, vocês terão a liberdade de dizer, sem que haja qualquer prejuízo. Asseguro que as gravações serão mantidas em sigilo até a transcrição, e depois serão destruídas. Declaro que o presente projeto de pesquisa foi explicado em detalhes e que este documento após aprovação do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) será elaborado em duas vias, sendo um entregue ao sujeito da pesquisa e outro será mantido em arquivo pelo pesquisador

Lençóis Paulista, ____/____/____

Assinatura _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, residente à rua/avenida _____, telefone _____

RG _____, declaro que fui informada sobre os objetivos da pesquisa intitulada “Amamentação – O Outro Lado”, de autoria da enfermeira Carolina Guizardi Polido, sob orientação da Prof. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete. Estou ciente que a qualquer momento posso desistir de participar do estudo sem que isso me acarrete prejuízos, que meu nome não será divulgado, que as informações por mim concedidas ajudaram no entendimento da influência da cultura na amamentação. Estou ciente de que não haverá qualquer tipo de oneração ou bonificação pela participação neste estudo. Concordo com as visitas quinzenais propostas, que serão realizadas em meu domicílio.

Lençóis Paulista, ____/____/____

Assinatura _____

Pesquisadora: Carolina Guizardi Polido Contato: (14) 3269-1033. Das 7 às 17 horas, de segunda a sexta. Maternidade do Hospital. e-mail: carolguizardi@uol.com.br.

Orientadora: Vera Lúcia Pamplona Tonete. Contato: (14) 3811-6070. Das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Depto. Enfermagem da FMB – UNESP. e-mail: pamp@fmb.unesp.br.

Declaração de Innocenti

Sobre a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno

RECONHECENDO QUE:

O Aleitamento Materno é um processo único e uma atividade que, mesmo tomada isoladamente, é capaz de:

- reduzir a morbi-mortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas;
- proporcionar nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para seu crescimento e desenvolvimento;
- contribuir para a saúde da mulher, reduzindo riscos de certos tipos de câncer e de anemia e ampliando o espaçamento entre partos;
- proporcionar benefícios econômicos para a família e a nação; quando bem adotado, proporcionar satisfação à maioria das mulheres.

E que pesquisas recentes demonstram que:

- esses benefícios aumentam com a exclusividade do aleitamento materno na infância e com a manutenção do aleitamento na infância e com a manutenção do aleitamento na época de introdução da alimentação complementar; e
- que intervenções programadas podem resultar em mudanças positivas de comportamento em relação ao aleitamento materno.

DECLARAMOS QUE:

Para otimizar a saúde e a nutrição materno-infantil, todas as mulheres devem estar capacitadas a praticar o aleitamento materno exclusivo e todas as crianças devem ser alimentadas exclusivamente com o leite materno, desde o nascimento até os primeiros 4 e 6 meses de vida.

Até os dois anos de idade, ou mais, mesmo depois de começarem a ser alimentadas adequadamente, as crianças devem continuar sendo amamentadas.

Esta alimentação ideal deve ser alcançada por meio da criação de um processo de conscientização e de apoio para que as mães possam alimentar suas crianças dessa maneira.

Medidas devem ser tomadas para assegurar que a mulher esteja devidamente alimentada para elevar seu próprio nível de saúde e o de sua família. Além disso, deve ser garantido que a mulher tenha acesso às informações e serviços sobre planejamento familiar, permitindo-lhe praticar o aleitamento materno e evitar a redução dos intervalos entre partos que podem comprometer seu estado de saúde e nutrição e a saúde e nutrição de seus filhos.

Atingir este objetivo exige de muitos países reforçar a cultura do aleitamento materno, defendendo vigorosamente esta prática contra as incursões da cultura da mamadeira. Isto requer compromisso e campanhas de mobilização social, utilizando o prestígio e a autoridade de líderes reconhecidos da sociedade em todos os setores.

Esforços devem ser desenvolvidos para aumentar a confiança da mulher na sua habilidade de amamentar. Esses esforços envolvem a remoção de constrangimentos e influências que manipulam a percepção e o comportamento da mulher, e uma abrangente estratégia de comunicação dirigida a todos os setores da sociedade e que envolva todos os meios de comunicação.

Todos os países devem desenvolver políticas nacionais de aleitamento materno e estabelecer metas de curto e longo prazos para os anos 90. Os países devem estabelecer um sistema nacional de acompanhamento para atingir as metas, adotando indicadores como a prevalência do aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de idade.

Autoridades nacionais são conclamadas a integrar as políticas de aleitamento materno nas políticas globais de desenvolvimento e saúde, procurando evitar políticas conflitantes. E devem reforçar todas as ações que complementem os programas de aleitamento materno, como maternidade sem risco, prevenção e tratamento das doenças infantis comuns e planejamento familiar.

ALGUMAS METAS POSSÍVEIS:

Todos os países, até o ano de 1995, devem ter:

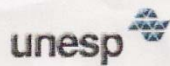
- nomeado uma autoridade competente como coordenador nacional de aleitamento materno e estabelecido um comitê nacional de aleitamento materno composto por membros do Governo e de organizações não-governamentais;
- assegurado que as maternidades coloquem em prática todos os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno";
- implementado totalmente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as subseqüentes resoluções da Assembléia da Organização Mundial da Saúde;
- elaborado uma legislação criativa de proteção ao direito ao aleitamento da mulher trabalhadora e estabelecido meios para sua implementação.

CONCLAMAMOS AS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS A:

- encorajar e apoiar as autoridades nacionais no planejamento e implementação das políticas nacionais de aleitamento materno; apoiar pesquisas nacionais e a elaboração de planos de ação com metas específicas;
- estabelecer suas próprias estratégias de ação para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, incluindo acompanhamento global e avaliação.

A "Declaração de Innocenti" foi produzida e adotada por representantes de organizações governamentais, ONGs, defensores da amamentação de países de todo o mundo, no encontro "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative" organizado pela OMS/UNICEF com apoio da A.I.D United States Agency for International Development e da SIDA - Swedish International Development Authority, em, Florença, na Itália, entre os dias 30 de Julho e 1 de Agosto de 1990. A Declaração reflete o conteúdo dos documentos produzidos para o Encontro e pontos de vista apresentados nos grupos e sessões de plenária.

**Cópia da folha de aprovação da pesquisa em Comitê
de Ética em Pesquisa**



**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu**



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 09 de fevereiro de 2009.

Of. 21/09-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Pamplona Tonete
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Prof^a Vera Lúcia,

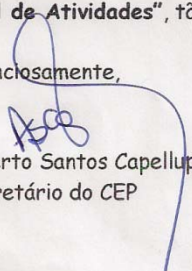
De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa sobre protocolo 3087/2009-CEP - "Amamentação - O outro lado", a ser conduzido por Carolina Guizardi Polido, orientada por Vossa Senhoria, co-orientada pela Prof^a Dr^a Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhães, recebeu do relator parecer favorável com recomendação, aprovado em reunião do CEP de 09/02/2009.

Recomendação que deverá ser atendida pelos pesquisadores antes do início deste projeto:

- Recomenda-se que se indique o nome do responsável pela guarda das fitas gravadas e que se esclareça porque a necessidade de mantê-las por 05 (cinco) anos. Recomenda-se também que se mencione no TCLE que as fitas ficarão sobre a custódia do pesquisador e se não houver necessidade de manter as gravações por tanto tempo (5 anos), então seria adequado indicar que as mesmas serão destruídas após a transcrição.

Os pesquisadores devem estar cientes da necessidade de envio de "Relatório Final de Atividades", tão logo seja concluído este projeto.

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Ficha de avaliação de mamadas

Observação da mamada:

Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possível dificuldade
-------------------------------------	--------------------------------

1) Observação geral

Mãe

↑ Mãe parece saudável ↑	↑ Mãe parece doente ou deprimida
Mãe relaxada e confortável ↑	Mãe parece tensa e desconfortável
Mamas parecem saudáveis ↑	Mamas parecem avermelhadas, inchadas ou doloridas
↑ Mama bem apoiada, com os dedos fora da aréola	Mama segura com dedos na aréola

Bebê

↑ Bebê parece saudável ↑	Bebê parece sonolento ou doente
↑ Bebê calmo e relaxado	Bebê inquieto ou chorando
Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê	Sem contato visual mãe/bebê
Bebê busca ou alcança a mama se está com fome	Bebê não busca nem alcança

2) Posição do bebê

↑ A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados	Pescoço e a cabeça do bebê girados para mamar
Bebê seguro próximo ao corpo da mãe	Bebê não é seguro próximo
Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo	O queixo e lábio inferior do bebê opostos ao mamilo

3) Pega

Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê ↑	↑↑ Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior
↑ A boca do bebê está bem aberta	↑ A boca do bebê não está bem aberta
O lábio inferior está virado para fora	Lábios voltados para frente ou virados para dentro
Queixo do bebê toca a mama	Queixo do bebê não toca a mama

4) Sucção

↑ Sucções lentas e profundas com pausas ↑	↑ Sucções rápidas e superficiais
↑↑ Bebê solta a mama quando termina	↑ Mãe tira o bebê da mama
Mãe percebe sinais do reflexo da oxitocina	Sinais do reflexo da oxitocina não são percebidos
Mamas parecem mais leves após a mamada	Mamas parecem duras e brilhantes

5) Relato sobre a rotina de amamentação: (horários, intervalos, “arranjos necessários”, locais da casa/fora de casa, cuidados com o bebê (inclusive higiene e hidratação/dieta), cuidados com a mãe (inclusive higiene e hidratação/dieta), intercorrências e condutas tomadas (se não relatadas na entrevista)

Homologação da troca do nome do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CÂMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
Seção de Pós-Graduação

Fis.	07
Proc.	
Rub.	

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - PABX (0xx14) 3811-6022

JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA

Declaramos que o Projeto de Pesquisa: "AMAMENTAÇÃO – O OUTRO LADO"

aprovado pelo CEP em 09/02/2009, teve seu título alterado para "Amamentação: das expectativas às vivências cotidianas de usuárias do Sistema Único de Saúde", sem nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Dissertação de Mestrado.

Botucatu, 27/11/2009.

Nome/Assinatura do(a) aluno(a) CAROLINA GUIZARDI POLIDO

Nome/Assinatura do(a) orientador (a) PROFa. Dra. VERA LÚCIA PAMPLONA TONETTI

Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM

✓ Preencher formulário em 2 vias e protocolar no respectivo CEP

16427 27/11/2009 0000000 COMITE DE ETICA EM PESQUISA FMB - UNESP