

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

Mariangela Carletti Queluz

Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo
no município de Serrana-SP

RIBEIRÃO PRETO

2011

MARIANGELA CARLETTI QUELUZ

Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo
no município de Serrana-SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas
de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira

RIBEIRÃO PRETO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTA
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Queluz, Mariangela Carletti

Prevalência e determinantes do aleitamento materno
exclusivo no município de Serrana-SP. Ribeirão Preto, 2011.

193 p.: il.: 30cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de
Concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Linha de
Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Pereira, Maria José Bistafa.

1. Aleitamento materno. 2. Desmame. 3. Atenção
primária à saúde.

Queluz, Mariangela Carletti
Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de
Serrana-SP.

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem em Saúde
Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho:

*Aos meus pais Sônia e José Carlos,
pelo exemplo de luta, pelo caráter e pela dignidade...
Vocês são uma grande lição de vida e meus grandes Mestres!
Amo muito vocês. Obrigada.*

*Ao meu esposo Márcio,
pela sua compreensão, pela paciência e pelo apoio...
Sempre trazendo palavras de conforto e incentivo para eu
continuar este trabalho...
Obrigada por estar sempre ao meu lado e ajudar a tornar nossos
sonhos realidade.
Amo você!*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*À querida Zezé, Pro.fª. Dra. Maria José Bistafa Pereira.
Minha amiga e orientadora. Uma pessoa extraordinária:
amiga, companheira, acolhedora, competente e iluminada.*

*Obrigada pelo enorme carinho, respeito, compreensão com
que me acolheu desde o início da pós-graduação.*

*Pela alegria e verdadeira amizade que me proporcionou ao
longo desta caminhada.*

Pelos desabafos, palavras de conforto e conselhos valiosos.

*Por ajudar a construir minha vida profissional e ter
contribuído também para a minha vida pessoal.*

*Que Deus continue iluminando você e todas as pessoas que
precisam da sua luz. Obrigada por tudo. Amo você!*

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pela graça de ter me permitido concluir este trabalho e por ter iluminado meu caminho durante todos estes anos.

*À minha orientadora **Maria José Bistafa Pereira**, pelo apoio, sensibilidade e compreensão na orientação deste trabalho.*

Aos meus pais, minha irmã, meus avós, enfim todos meus familiares, pessoas importantes na minha vida e no meu aprendizado, que sempre incentivaram a realização deste trabalho, compreendendo os momentos de ausência e oferecendo apoio.

*Ao **Marcio Manoel Queluz**, meu esposo, pela paciência nos momentos de ausência e pelo apoio para nunca desistir dos meus objetivos.*

*A minha filha, **Beatriz**, que antes mesmo de ter nascido já me fortalece, e me dá esperança para nunca desistir.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, por possibilitar a minha formação e transformação ao longo desses anos.*

*Aos amigos: **Carla, Cris, Paulinha, Raquel, Rachel, Patrícia, Nina**, enfim, a todos meus amigos que compartilharam comigo o desenvolvimento deste trabalho, compreenderam os momentos de ausência e de certa forma contribuíram, mesmo que de maneira indireta, para sua conclusão.*

À Profa. Dra. Cláudia Benedita dos Santos, pela atenção, disponibilidade e paciência, ao longo de toda a assessoria estatística deste trabalho.

À Profa. Dra. Adriana Moraes Leite e ao Prof. Dr. Rubens Garcia Ricco, pela contribuição substancial oferecida na qualificação que nos permitiu aprimorar ainda mais as produções deste estudo.

A toda a equipe de funcionários do Centro de Saúde III de Serrana, pela contribuição no desenvolvimento deste trabalho.

Aos ex-secretários da saúde Luiz Augusto Mendes Carvalho e Yayeko Kaneshiro Toyoshima, pelo apoio e incentivo para realização deste estudo.

A todas as mães participantes desta pesquisa que tornaram possível sua realização.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho. Muito obrigada!

RESUMO

QUELUZ, MARIANGELA CARLETTI. **Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana-SP**. 193f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

A prática do aleitamento materno (AM), na Atenção Primária à Saúde (APS), é considerada importante estratégia na redução da morbidade e mortalidade infantil. Os benefícios dessa prática compreendem aspectos de ordem nutricional, imunológica, psicológica, social e econômica, envolvendo a criança, a família e a sociedade. Contudo, a propagação de suas vantagens não tem sido suficiente para reverter a tendência ao desmame precoce, nos últimos tempos. O presente trabalho tem como objetivos identificar a prevalência e os determinantes do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de 6 meses de idade, assim como os fatores facilitadores e dificultadores dessa prática na perspectiva das mães. Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagens quantitativa e qualitativa, respectivamente. A primeira etapa, envolveu 275 crianças menores de 6 meses, vacinadas na segunda fase da Campanha Nacional de Vacinação contra a poliomielite em Serrana-SP e suas respectivas mães. Utilizou-se o questionário elaborado e validado pelo Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo do Projeto Amamentação e Municípios. A descrição e a análise dos dados quantitativos deram-se por meio de métodos estatísticos descritivos e análises uni e multivariada, segundo valores de ODSS bruto e ajustado conforme regressão logística. Dentre as 275 mães, 39 fizeram parte da segunda etapa do estudo, por meio de entrevista semiestruturada, e, destas, 10 foram integrantes de um grupo focal para complementaridade dos dados. Para análise dos resultados qualitativos, recorremos à análise temática. Na etapa quantitativa, foram identificados que apenas 29,8% das crianças menores de 6 meses estavam em AME e as mães que trabalham fora sem licença-maternidade tem aproximadamente três vezes mais chance de desmamarem precocemente seus filhos (OR bruto: 3,079; IC: 1,139 – 8,321). Na etapa qualitativa, identificaram-se três unidades temáticas referentes aos determinantes do AME: aspectos facilitadores, aspectos dificultadores e interface entre aspectos facilitadores e dificultadores. Na interface, foram identificados que a família promove predominantemente apoio à nutriz e os profissionais podem tanto promover apoio como repulsão à amamentação. Nos aspectos facilitadores, as mães sinalizaram que os atributos da APS têm potencial para promover mudança na prática do AM, e ainda que o fato de a mãe gostar de amamentar, ter paciência e experiência prévia, acesso à informação e à uma boa alimentação, a praticidade da amamentação, a redução dos gastos financeiros e a prevenção de doenças são aspectos facilitadores do AME. Dentre os aspectos dificultadores, o trabalho fora de casa, a falta de acesso à licença-maternidade de 6 meses e o estresse materno são os principais obstáculos para a amamentação exclusiva. O estresse materno está relacionado à concepção de a mãe ter “leite fraco”, “pouco leite”, ao choro do bebê, à demora da apojadura e à dor causada pela fissura mamilar. Assim, podemos concluir que a prática do AM é complexa e permeada por diversos fatores de ordem biológica, social, cultural e emocional e somada à maneira como a assistência é muitas vezes conduzida, fragmentada, desarticulada e coercitiva, podem potencializar as dificuldades do processo de amamentação e contribuir para o desmame precoce.

Palavras-chave: aleitamento materno, desmame, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

QUELUZ, Mariangela Carletti. **Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in the city of Serrana, state of Sao Paulo, Brazil.** 193p. Dissertation (MA) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of Sao Paulo, Ribeirão Preto, Brazil, 2011.

According to Primary Health Care (PHC) principles, the practice of breastfeeding (BF) is considered an important strategy in reducing infant morbidity and mortality. The benefits of this practice include nutritional, immunological, psychological, social and economic aspects related to the child, family and society. However, in recent years, the spread of its benefits has not been sufficient to reverse the trend toward early weaning. This study aims to identify the prevalence and determinants of exclusive breastfeeding (EBF) in children under six months old, as well as factors which facilitate or inhibit that practice from mothers' perspective. This is a cross-sectional and descriptive study which used quantitative and qualitative approaches respectively. In the first phase, 275 children younger than six months who were vaccinated in the *second National Immunization Day* against polio in the city of Serrana, state of São Paulo, and their mothers participated of the study. The questionnaire developed and validated by the *Health Institute of São Paulo, State Health Secretary*, through the "Breastfeeding and Municipalities Project" was used. Quantitative data were described and analyzed by means of descriptive statistical methods and uni- and multivariate analysis, according to values of *crude odds ratio* and *adjusted odds ratio* used in the logistic regression. Among the 275 mothers, 39 were part of the second phase of the study; the data were collected using semistructured interviews. And 10 mothers were members of a focus group to complement the data. Qualitative results were analyzed through the thematic analysis. In the quantitative analysis were identified only 29.8% of children under six months who were receiving EBF. Besides, the mothers who work outside of the home and don't have maternity leave are about three times more likely to wean their babies prematurely (crude OR: 3.079, CI: 1.139-8.321). In the qualitative analysis were identified three thematic units related to the determinants of the EBF: facilitating aspects, constraining aspects and interface between facilitating and constraining aspects. Related to the interface was identified that predominantly families provide support for breastfeeding women and health professionals can provide both support and repulsion to breastfeeding. Considering the facilitating factors, mothers highlighted that the attributes of PHC have potential to promote changes in the practice of breastfeeding, and also the fact that the mother who likes to breastfeed, is patient, has prior experience, access to information and good diet promotes the practicability of breastfeeding, reduction of financial expenses and prevention of disease, which are facilitating aspects of the EBF. Among the constraining aspects, the work outside of the home, lack of access to six months maternity leave and maternal stress are the main barriers to exclusive breastfeeding. Maternal stress is related to the design of the mother having "too little or weak milk", the crying baby, the delay of breast milk coming in and the pain caused by nipple fissure. Thus it is concluded that the practice of breastfeeding is complex and permeated by several biological, social, cultural and emotional factors. Furthermore, the way in which care is often done, i.e., fragmented, disjointed and coercive can increase the difficulties of breastfeeding process and contribute to early weaning.

Keywords: breastfeeding, weaning, primary health care.

RESUMEN

Queluz, Mariangela Carletti. **Prevalencia y determinantes de la lactancia materna exclusiva en la ciudad de Serrana, estado de São Paulo, Brasil.** 193p. Disertación (MA) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil, 2011.

De acuerdo con los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS), la práctica de la lactancia materna (LM) es una estrategia importante para la reducción de la morbilidad y la mortalidad. Los beneficios de esta práctica engloban aspectos nutricionales, inmunológicos, psicológicos, sociales y económicos, con la participación de los niños, familia y sociedad. Sin embargo, en los últimos tiempos, la difusión de sus beneficios no ha sido suficiente para revertir la tendencia hacia el destete precoz. Este estudio tiene como objetivo identificar la prevalencia y determinantes de la lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses de edad, así como los factores que facilitan o dificultan esta práctica de acuerdo con la perspectiva de las madres. Se trata de un estudio descriptivo y transversal con abordajes cuantitativo y cualitativo, respectivamente. En la primera fase del estudio, la población consistió de 275 niños menores de 6 meses vacunados en la segunda etapa de la Jornada Nacional de Vacunación contra la poliomielitis en la ciudad de Serrana y sus madres. En esta investigación se utilizó el cuestionario elaborado y validado por el Instituto de Salud de la Secretaría de Salud del Estado de Sao Paulo del "Proyecto Lactancia y Municipios". La descripción y análisis de datos cuantitativos fueron por medio de métodos estadísticos descriptivos y análisis uni y multivariante, segundo los valores de odds *ratios* (OR) *crudos* y *ajustados* utilizados en la regresión logística. Entre las 275 madres, 39 formaban parte de la segunda fase del estudio, y como instrumento de recolección de datos se utilizó entrevistas semiestructuradas. De éstas, 10 madres eran miembros de un grupo focal para la complementariedad de los datos. Para el análisis de los resultados cualitativos se utilizó el análisis temático. La investigación cuantitativa identificó que sólo 29,8% de los niños menores de 6 meses estaban con LME, y también que las madres que trabajan y no tienen derecho a la licencia de maternidad son aproximadamente tres veces más propensas a destetar a sus bebés antes de tiempo (OR crudo: 3,079, IC: 1,139-8,321). En el análisis cualitativo se identificaron tres unidades temáticas relacionadas con los determinantes de la lactancia materna exclusiva: aspectos facilitadores, aspectos dificultadores e interfaz entre los aspectos facilitadores y dificultadores. En la interfaz se identificó que, predominantemente, la familia ofrece apoyo para las madres lactantes y que los profesionales de salud pueden tanto apoyar como promover la repulsión a la lactancia materna. En los aspectos facilitadores, las madres señalaron que los atributos de la APS tienen el potencial para promover el cambio en la práctica de la lactancia materna, y también el fato de que la madre desea amamantar, es paciente y tiene experiencia previa, acceso a la información y buena dieta levan a una viabilidad de la lactancia materna, reducción de los gastos financieros y prevención de la enfermedad que son aspectos facilitadores de la LME. Entre los aspectos dificultadores, el trabajo fuera del hogar, la falta de acceso a la licencia de maternidad de 6 meses y el estrés materno son los principales obstáculos a la lactancia materna exclusiva. El estrés materno se relaciona con el diseño de la madre que tiene la "leche débil", "poco leche", el bebé que llora, el retraso de la apojadura y el dolor causado por las grietas del pezón. Así llegamos a la conclusión de que la práctica de la lactancia materna es compleja y atravesada por varios factores de índole biológica, social, cultural y emocional, que agregada a la forma en que a menudo se hace el cuidado, o sea, fragmentado, desarticulado y coercitivo, puede aumentar las dificultades del proceso de lactancia y contribuir al destete precoz.

Palabras clave: lactancia, destete, atención primaria de salud.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo.....63
- Figura 2** – Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto - DRSXIII.....63
- Figura 3** – Valores das prevalências do AME, segundo idade (dias), das crianças menores de seis meses. Serrana, 200984

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalências do AME, AMP e AM em crianças menores de 6 meses (n=275), Serrana – SP, 2009	82
Tabela 2 - Prevalência do AME, na primeira hora de vida, nas crianças estudadas com idade inferior à 6 meses (n=275) Serrana – SP, 2009.....	85
Tabela 3 - Prevalência do AME, no primeiro dia em casa, em crianças menores de 4 meses (n=182), Serrana – SP, 2009	86
Tabela 4 - Análise univariada dos fatores de serviços de saúde associados à interrupção do AME em crianças menores de 6 meses, Serrana – SP, 2009	88
Tabela 5 - Análise univariada dos fatores infantis associados à interrupção do AME em crianças menores de 6 meses, Serrana – SP, 2009.....	90
Tabela 6 - Análise univariada dos fatores maternos associados à interrupção do AME em crianças menores de 6 meses, Serrana – SP, 2009.....	92
Tabela 7 - Regressão logística dos fatores associados à interrupção do AME em crianças menores de 6 meses, Serrana – SP, 2009	95

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AM	Aleitamento Materno
AMAMUNIC	Projeto Amamentação e Municípios
AMC	Alimentação Complementar
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
APS	Atenção Primária à Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAC	Hospital Amigo da Criança
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
NUPENS	Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da USP
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	Odds Ratio
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PAISC	Programa Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMI	Programa Materno-Infantil
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PSF	Programa de Saúde da Família
RN	Recém-Nascido
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS	Unidade Básica de Saúde
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WABA	World Alliance for Breastfeeding Action
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 Apresentação	17
2 Introdução	21
3 Objetivos	31
3.1 Objetivo geral	32
3.2 Objetivos específicos.....	32
4 Quadro Teórico	33
4.1 Atenção Primária à Saúde e a Prática do Aleitamento Materno.....	34
4.1.1 Atenção Básica no Brasil – Recuperando a trajetória histórica.....	34
4.1.2 O aleitamento materno e sua trajetória histórica nos serviços de saúde.....	46
5 Percurso Metodológico	60
5.1 Tipo de estudo.....	61
5.2 Cenário da pesquisa.....	63
5.3 Primeira Etapa do Estudo – Abordagem Quantitativa	66
5.3.1 População	66
5.3.2 Coleta de dados	66
5.3.3 Análise dos dados.....	68
5.4 Segunda Etapa do Estudo – Abordagem Qualitativa	70
5.4.1 Sujeitos.....	70
5.4.2 Coleta de dados	70
5.4.2.1 Entrevista Semiestruturada	70
5.4.2.2 Grupo focal	72
5.4.3 Análise dos dados.....	76
5.5 Aspectos éticos	79
6 Resultados e Discussão	81
6.1 Primeira Etapa – Resultados Quantitativos.....	82
6.1.1 Prevalências do AME, AMP e AM em crianças menores de 6 meses de vida.....	82

6.1.2 Fatores associados ao desmame precoce em crianças menores de 6 meses de vida	87
6.2 Segunda Etapa – Resultados Qualitativos.....	96
6.2.1 Interface entre aspectos facilitadores e dificultadores	97
6.2.1.a) A prática profissional: promove apoio ou repulsão à amamentação?	98
6.2.1. b) Interferência da família: Como está sendo este “Apoio”?	117
6.2.2 Aspectos facilitadores.....	125
6.2.2 a) A Estratégia da Saúde da Família: potência para promover mudança na prática de saúde e do aleitamento materno	126
6.2.2 b) Gostar de amamentar, ter experiência e paciência	128
6.2.2 c) Acesso à informação e à boa alimentação	131
6.2.2 d) Praticidade da amamentação aliada à prevenção de doenças e gastos financeiros.....	133
6.2.3 Aspectos dificultadores	135
6.2.3 a) Fatores estressantes	135
6.2.3.1 Concepção de “leite fraco” e pouco leite (“leite do peito não sustenta”).....	138
6.2.3.2 O choro do bebê	144
6.2.3.3 A dor relacionada à fissura mamilar	150
6.2.3.4 Demora da descida do leite.....	154
6.2.3 b) - Trabalhar fora de casa e não ter direito à licença-maternidade de 6 meses	155
7 Considerações Finais	160
Referências.....	165
Apêndices.....	180
Anexos.....	185

1 Apresentação¹

¹ Esta dissertação foi revisada seguindo as normas do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

Desde o período da graduação, durante as aproximações com mães e crianças dos serviços de saúde, fui me aproximando progressivamente com as áreas de saúde da mulher e da criança, optando por exercer minhas atividades profissionais nestes campos. Logo após o término da graduação, com atuação na Santa Casa de Misericórdia de Serrana-SP, iniciei minha aproximação com gestantes e mulheres no pré-parto, parto e puerpério, assim como também com seus respectivos filhos. A maneira como se conformava a prática do aleitamento materno na maternidade já me despertava interesse em estudar o assunto, com o desígnio de ajudar aquelas mães.

No mesmo município, atuei na assistência de uma Unidade de Pronto-Atendimento e posteriormente houve a oportunidade de trabalhar na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, onde foi possível ter maior aproximação com o binômio mãe e filho. Neste cenário pude compartilhar, de um lado, o turbilhão de sentimentos maternos, relacionados ao medo, à insegurança, à ansiedade e também à frustração de não poder amamentar um filho, e de outro, aquela criança frágil e debilitada, que graças aos avanços tecnológicos podia ser beneficiada com o leite materno e assim aumentar suas chances de sobrevivência.

Atualmente atuo como enfermeira responsável técnica das áreas de saúde da mulher e da criança do município de Serrana, município este que mantenho vínculo desde o início de minha formação. A atuação na Atenção Básica tornou-se um dos aspectos motivadores para a realização deste estudo, na perspectiva de contribuir com a revisão da prática do aleitamento materno, tanto no âmbito do trabalho como do ensino.

Trabalho em uma unidade básica de saúde que atende principalmente, mulheres (obstetrícia e ginecologia) e crianças (puericultura). Como enfermeira responsável técnica desta unidade de saúde, vivencio rotineiramente as dificuldades de muitas mães em amamentar, e conseqüentemente crianças sendo desmamadas muito precocemente.

Nesses sete anos de profissão, pude percorrer, tanto na gerência como na assistência, cenários de assistência muito fragmentados, desarticulados, com profissionais que exercem suas atividades de modo mecanizado, detentores de discursos prontos e coercitivos, onde a escuta não é significativa e a subjetividade dos problemas não tem voz e vez. Percebo, também, o predomínio de uma

abordagem que priorizava as vantagens da amamentação sem questionar suas dificuldades, com a valorização do biológico em detrimento do social e do cultural, onde a valorização e compreensão das experiências, dos sentimentos, das crenças relacionadas à amamentação são deixadas em segundo plano, ou sequer abordadas.

Esse contexto sempre me incitou a muitos questionamentos. Será que este tipo de abordagem está sendo consistente para fortalecer a prática do aleitamento materno? Seria possível estabelecer um encontro acolhedor, com diálogo, de forma a convidar a mãe a trazer outras descrições do problema na busca de conhecer as dificuldades não somente verbalizadas? Seria possível olhar para a mãe, com uma visão mais ampliada e integral, para além do biológico e considerar sua singularidade e subjetividade?

Outra inquietação que me acompanhou nesta trajetória, pelos serviços de saúde por onde andei, foi procurar estabelecer uma relação de horizontalidade com as mães e suas famílias e, assim, poder apreender outros problemas/necessidades implicados no processo de amamentar.

Atuando diretamente na Atenção Básica, foi possível perceber que os princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde estabelecem estreita relação com o processo de aleitamento materno, porém muitas vezes não são valorizados.

As inquietações se sustentavam e, então, busquei o caminho da pós-graduação *stricto sensu* na qual procurei ampliar meus conhecimentos teóricos e também contribuir para a transformação das práticas em saúde.

Nesse sentido, reforço o desejo ao escolher trabalhar com um tema ao qual me identifico e que constitui parte da problematização da minha prática profissional, como enfermeira de um serviço de atenção básica em saúde.

O presente estudo está elaborado em seis capítulos. Iniciaremos no capítulo primeiro, trazendo uma introdução ao assunto, buscando apresentar o objeto de estudo, bem como as justificativas para sua realização. Em seguida, no segundo capítulo, apresentaremos os objetivos de forma geral e específica. Em um terceiro momento, uma ampla revisão da literatura que auxilia compor o quadro teórico desta pesquisa com a abordagem da temática: Atenção primária à saúde e a prática do aleitamento materno. No quarto capítulo, descreveremos todo o percurso metodológico desenvolvido, com especificações quanto ao tipo e local do estudo, os sujeitos da pesquisa, os instrumentos de coleta de dados bem como a forma de

análise e as considerações éticas. Na sequência, compondo o quinto capítulo, serão apresentados os resultados e discussões, obtidos nesta investigação, organizados em duas categorias: resultados quantitativos: prevalências do aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno predominante e aleitamento materno, assim como seus determinantes e resultados qualitativos: aspectos facilitadores, dificultadores e interfaces da prática do aleitamento materno exclusivo sob a ótica das mães. Finalmente, as considerações finais, presentes no último capítulo, não encerrarão esta discussão, mas proporão mudanças na prática do aleitamento materno, nas práticas profissionais, na rede de apoio, tanto na perspectiva de aumento dos índices de prevalência da amamentação exclusiva, como também para que o processo de amamentar seja um ato prazeroso para a mãe, o filho e a família, por meio de práticas de saúde mais horizontalizadas e contextualizadas.

A partir desta pesquisa, pretendo dar continuidade ao desenvolvimento de atividades científicas, assim como, buscar subsídios que incentivem e facilitem a prática profissional, na implementação e/ou implantação de ações que possam transformar e (re) construir a prática do aleitamento materno.

2 Introdução

Vários estudos trazem o Aleitamento Materno (AM) como um alimento insubstituível para o crescimento e desenvolvimento saudáveis na infância (BRASIL, 2009b; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 1989; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2007), entretanto continuam as indagações sobre os determinantes do desmame precoce relacionados às reduzidas taxas de prevalência da amamentação, tendo em vista que esta prática afeta diretamente o estado nutricional do lactente e, conseqüentemente, apresenta impacto sobre a morbimortalidade infantil, tornando-se imprescindível para a promoção de qualidade de vida desta população (SÃO PAULO, 2009).

O leite humano apresenta uma considerável primazia sobre qualquer outro tipo de leite, seja ele animal ou artificial, além da perfeita adequação espécie-específica, visto que nenhum outro alimento é mais peculiar para a alimentação do recém-nascido (RN) mamífero do que o leite da sua própria espécie (DEL CIAMPO, RICCO, 1998; RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2000).

Esse fluido, de composição balanceada, oferece todo um elenco de compostos químicos a serviço das necessidades do lactente: vitaminas, minerais, gorduras, açúcares, proteínas e água na quantidade ideal, garantindo assim uma melhor digestibilidade e contribuindo na prevenção da desnutrição (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

Em relação ao teor de proteínas no leite humano, este fornece qualitativamente todos os aminoácidos necessários em quantidades adequadas para o neonato, principalmente para prematuros que apresentam deficiências bioquímicas e funcionais (CASTRO; ARAÚJO, 2006). No leite humano, 40% de suas proteínas encontram-se sob a forma de caseína e 60% de proteínas do soro, enquanto no leite de vaca, estas proporções são de 82% e 28%, respectivamente (DEL CIAMPO; RICCO, 1998). Apresenta maior quantidade de gordura de mais fácil digestão e absorção (DEL CIAMPO; RICCO, 1998; RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2000). Alguns minerais, como o ferro são mais bem absorvidos que o de outras fórmulas lácteas e do leite de vaca, devido à maior biodisponibilidade. Os níveis de cálcio e fósforo, apesar de menores no leite materno, apresentam uma relação (cálcio/fósforo) maior do que no leite de vaca, o que facilita a absorção do cálcio no leite materno (CASTRO; ARAÚJO, 2006; DEL CIAMPO; RICCO, 1998; RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2000). As taxas reduzidas de sais no leite humano oferecem menor carga osmolar ao trabalho renal, o que determina estabilidade hídrica do

lactante (DEL CIAMPO; RICCO, 1998). A água, que totaliza cerca de 87% da composição centesimal, torna o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) suficiente para manter o lactente hidratado e com diurese normal, mesmo em clima seco e quente, dispensando o uso de água ou chás (ALMEIDA, 1999; DEL CIAMPO; RICCO, 1998).

Atribuído a esta valiosa composição do leite materno, torna-se consenso na literatura científica a importância do AM na redução da morbimortalidade infantil. Estima-se que o leite materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos no mundo, por causas preveníveis (JONES et al., 2003). Nenhuma outra estratégia de forma isolada alcança o impacto que a amamentação tem na redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2009b). Estudos da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apontam que esta prática contribui anualmente, para a prevenção de mais de 6 milhões de mortes de crianças com menos de um 1 ano de idade (BRASIL, 2009b; HUFFMAN et al., 1991) e que cerca de 2 milhões de mortes também poderiam ser evitadas, se a prática do AME até 6 meses fosse praticada universalmente (HUFFMAN et al., 1991).

Sendo assim, a OMS propôs, em 1991², um conjunto de indicadores para avaliar as práticas de alimentação infantil, denominados Aleitamento Materno Exclusivo (AME), Aleitamento Materno Predominante (AMP) e Aleitamento Materno (AM), com o objetivo de padronizar a forma de coleta e análise destes dados. Vale destacar, que até 1998 a OMS recomendava o AME por 4 a 6 meses de vida (WHO, 1998). Em 2001, após a 54^a Assembleia Mundial de Saúde, a OMS passou a recomendar a amamentação exclusiva até os 6 meses de vida, com base em uma revisão sistemática da literatura sobre a duração do AM e o seu real efeito na saúde e desenvolvimento da criança (WHO, 2001). Em 2002, houve um consenso científico mundial de que não existe nenhum benefício para o desenvolvimento e saúde do lactente a introdução precoce de alimentos complementares, antes dos 6 meses de vida, e que esta prática oferece inúmeros riscos para a vida da criança (WHO, 2003).

As recomendações internacionais, de amamentação exclusiva por 6 meses e complementada por 2 anos ou mais, tiveram, como subsídios, as vantagens desta prática amplamente discutida na literatura científica, como elucidaremos a seguir.

² As características de cada um desses indicadores encontram-se descritas na p. 69 deste estudo.

O leite humano é capaz de estimular de forma adequada o desenvolvimento do sistema imunológico do bebê. Além de apresentar macrófagos com capacidade fagocitária, possui anticorpos que agem contra a maioria de bactérias e vírus, reduzindo a incidência de alergias e infecções, dentre elas: doenças gastrointestinais, diarreias, pneumonias, otite média, além de doenças crônicas como diabetes mellitus (BRASIL, 2009b; REGO, 2001; RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2000).

De acordo com Victora et al. (1987), crianças com menos de 1 ano de vida não amamentadas têm risco 14 vezes maior de morrer por diarreia e quase 4 vezes maior de morrer por doença respiratória, quando comparadas com crianças da mesma idade amamentadas exclusivamente no seio. Em estudo realizado por Cesar et al. (1999) em Pelotas-RS, observou-se que a chance de internação por pneumonia de uma criança que não recebia leite materno nos primeiros 3 meses de vida foi 61 vezes maior do que em crianças amamentadas exclusivamente ao seio.

Os efeitos benéficos da amamentação se estendem ao longo do ciclo vital, além dos benefícios contíguos (doenças infecciosas, gastrointestinais, respiratórias), o leite materno apresenta benefícios também a longo prazo (BRASIL, 2009b; MARQUES; LOPES; BRAGA, 2004; RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2000). Segundo esses estudos, o leite materno pode contribuir para a prevenção de doenças coronárias, arteriosclerose, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes *mellitus* tipo 2, sobrepeso/obesidade, entre outras comorbidades, tanto na infância quanto na vida adulta, graças às quantidades de ácidos graxos não saturados existentes em proporções fisiológicas e equilibradas na sua composição, somado ao teor ótimo de vitamina E e a taxas reduzidas de sais e proteínas, o que favorece a estabilidade hídrica da criança.

A OMS publicou importante revisão em relação às evidências desses benefícios, onde concluiu que as pessoas amamentadas apresentaram pressões sistólica e diastólica mais reduzidas (-1,2mmHg e -0,5mmHg, respectivamente), níveis menores de colesterol total (-0,18mmol/L) e 37% menos risco de apresentar diabetes *mellitus* tipo 2 (HORTA et al., 2007). Ademais, Gerstein (1994) evidencia que a exposição precoce ao leite de vaca (antes dos 4 meses) é considerada um potente determinante do diabetes *mellitus* tipo 1, sendo 50% maior o risco de seu aparecimento.

Outro benefício dessa prática é sua contribuição para o desenvolvimento adequado da cavidade bucal da criança, considerando que quando amamentadas ao seio, realizam o “exercício” que permite retirar o leite da mama, propiciando uma melhor conformação do palato duro, o que é essencial para o alinhamento correto dos dentes e uma boa oclusão dentária (BRASIL, 2009b). A ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado com o desmame precoce pode prejudicar as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala, entre outros danos orofaciais (BRASIL, 2009b).

Em relação ao desenvolvimento intelectual, há evidências de que o AM contribui para o desenvolvimento cognitivo da criança (BRASIL, 2009b; DEL CIAMPO; RICCO, 1998). Os ácidos graxos não saturados presentes no leite materno, especialmente o linoleico, permitem a síntese de lipídeos no processo de mielinização, favorecendo o desenvolvimento do sistema nervoso central (ALMEIDA, 1999; DEL CIAMPO; RICCO, 1998; RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2000). As estruturas cerebrais da criança possuem mais condições de se desenvolver e reproduzir, sobretudo nos primeiros 6 meses de vida, nas crianças amamentadas por suas mães, do que naquelas que recebem outro tipo de leite (MARTINS FILHO, 1984).

Esses múltiplos efeitos protetores do AM na saúde e sobrevivência infantil e a sua extensão na vida adulta justificam as recomendações universais para a promoção desta prática (OMS, 2003).

Diante dessa suntuosa composição do leite materno, vários estudos científicos têm demonstrado, além das inúmeras e inegáveis vantagens do AM na saúde infantil, aquelas de ordem psicológica, social e econômica para mãe, família e sociedade (ALMEIDA, 1999; BRASIL, 2009b; CASTRO; ARAÚJO, 2006; VINHA, 2002).

As vantagens do AM vão além da proteção contra doenças, saciedade da fome da criança e melhor nível cognitivo; o ato de amamentar proporciona ao lactente a sensação de conforto e segurança, além da promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho que proporciona benefícios psicológicos para a mãe e para o neonato (BRASIL, 2009b). Este contato pele a pele representa maior importância ainda, ao considerarmos que os primeiros meses de vida são vitais no desenvolvimento psicológico da criança (RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2000) e quando estas são amamentadas no seio materno tendem a ser mais tranquilas e

sociáveis durante a infância, devido ao vínculo afetivo estabelecido com a mãe (BOWBY, 1990). Uma amamentação prazerosa, o contato visual e o contato pele a pele fortalecem os laços afetivos entre o binômio, estabelece intimidade e promove o aumento da autoconfiança feminina.

O AM possui ainda a questão da praticidade, que é certamente relevante para a mãe, considerando que o leite oferecido diretamente do seio para o lactente, na temperatura e composição ideais, dispensa o uso de mamadeiras, leites artificiais, entre outros gastos necessários para a alimentação artificial, além de cuidados essenciais, como higiene e preparo adequado do leite; cuidados estes que frequentemente, por não serem aplicados na maioria da população ou mesmo pela falta de compreensão, contribuem para o aumento da morbidade das crianças por doenças, principalmente as infectocontagiosas, as diarreias e a própria desnutrição por diluição excessiva do leite, o que conseqüentemente colabora para o aumento da mortalidade infantil (ALMEIDA, 1999; RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2000).

A amamentação também promove vantagens para a mãe a curto e a longo prazo, como a adequada involução uterina no puerpério (reduzindo a perda sanguínea), retorno mais rápido ao peso pré-gestacional, menor risco de câncer de ovários, endométrio e de mama (ALMEIDA, 1999; CASTRO; ARAÚJO, 2006; GIUGLIANI, 1994) e ainda reduz cerca de 15% a incidência de diabetes *mellitus* tipo 2 para cada ano de lactação (STUEBE et al., 2005).

Essa prática alimentar proporciona também outras vantagens no âmbito da família e da sociedade, destacando: a redução dos custos familiares, não requerendo gastos com leite artificial e com mamadeiras; a redução do número de internações e consultas médicas e a redução do uso de medicamentos, em razão da maior resistência imunológica da criança (BRASIL, 2009b; GOMES, 2005; RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2000).

As crianças de baixo nível socioeconômico são as que mais se beneficiam com o AM, devido ao fato da aquisição do leite não apresentar custos para a família e minimizar o risco de doenças e desnutrição (ALMEIDA, 1999; CASTRO; ARAÚJO, 2006).

Desse modo, concordamos indubitavelmente, que, em nível de atenção primária, a amamentação pode ser considerada uma estratégia importante no auxílio à redução da mortalidade e da morbidade infantis, principalmente em países com inúmeras desigualdades socioeconômicas (HABICHT; DA VANZO; BUTZ, 1986;

JAVORSKI; SCOCHI; LIMA, 1999; PEREIRA et al., 2004), em razão da capacidade protetora do leite materno contra doenças que confere fundamental importância quando se trata de populações subdesenvolvidas, onde a mortalidade infantil é alta, principalmente por moléstias infecciosas e desnutrição, como é o caso do Brasil (RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2000). Entretanto esta prática não pode se dar de forma pontual e descontextualizada, para não se acreditar de maneira ingênua que o leite materno, por si só, responde positivamente a todos os problemas de saúde da população infantil (JAVORSKI; SCOCHI; LIMA, 1999).

No entanto, mesmo diante dessas incontestáveis vantagens do AM e também frente às recomendações das Nações Unidas, dos compromissos, políticas e programas governamentais; os índices de AME continuam aquém do recomendado (ALVES et al., 2008; BITTENCOURT et al. 2005; CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007; FRANÇA et al., 2008; GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004). Observa-se uma espécie de tendência ao desmame, historicamente presente na sociedade, apesar dos avanços nos índices nas décadas de 1980 e 1990 (ARAÚJO, 2002; BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM), 1997; VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998). Nota-se um paradoxo do abandono de uma prática que tem revelado inúmeros benefícios para a alimentação do lactente e um descompasso entre o avanço do conhecimento científico e a amamentação como prática socialmente instituída (ALMEIDA, 1999; ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Estudos de âmbito nacional comprovam os reduzidos índices do AME. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em dia nacional de campanha de vacinação, verificou em 25 capitais brasileiras, que a duração média do AM era de 10 meses, enquanto a da amamentação exclusiva, de apenas 23 dias (BRASIL, 2001).

Venâncio et al. (2002) realizaram, no Estado de São Paulo, uma pesquisa com 84 municípios no ano de 1998 do Projeto “Amamentação e Municípios” (AMAMUNIC) criado pelo Instituto de Saúde e o Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da USP (NUPENS), que adota os mesmos indicadores de amamentação estabelecidos pela OMS e a coleta se processa em dia nacional de vacinação, permitindo evidenciar práticas alimentares no primeiro ano de vida. Esse estudo apontou que a frequência do AME foi superior a 20% em apenas 32% dos municípios, enquanto a prevalência do AMP superior a 20% alcançou 86%

do municípios, identificando falta de informações das mães sobre os efeitos nocivos da administração de líquidos não nutritivos, nos primeiros 6 meses de vida.

Pereira et al. (2004) realizaram estudo de âmbito municipal na cidade de Ribeirão Preto (SP), com a mesma metodologia adotada por Venâncio et al. (2002), e identificaram que as prevalências do AME e AMP em crianças menores de 4 meses foram de 18,8% e 40,3%, respectivamente.

Em ambos os trabalhos, os autores assinalam a necessidade de investimentos, na perspectiva de desenvolver ações de proteção, promoção e apoio à amamentação nos municípios, com o objetivo de alcançar as recomendações da OMS.

Outra pesquisa brasileira ainda revela que, embora a maioria das mulheres inicie a amamentação, mais de 50% das crianças já não se encontram mais em AME no primeiro mês de vida, fazendo com que a interrupção precoce da amamentação continue a ocorrer de maneira significativa no Brasil (BRASIL, 2001).

Vários estudiosos apontam a importância da realização periódica de novas pesquisas, para diagnosticar a frequência da amamentação e suas tendências, assim como a necessidade de incentivo ao subsídio do planejamento de intervenções apropriadas (FRANÇA et al., 2007; PARIZOTO et al., 2009; SENA, SILVA; PEREIRA; 2002; VENÂNCIO et al., 2002), considerando que a interrupção do AME precoce vem sendo, no país, um dos importantes problemas de saúde pública (PARIZOTO et al., 2009) e que são poucas as publicações sobre investigações de base populacional para acompanhar as tendências do AM nos países em desenvolvimento (HORTA et al., 1996; NOTZON, 1984).

O que representa um agravante para a saúde infantil e adulta, tendo em vista a série de vantagens proporcionadas por esta prática, que vão desde a redução da morbimortalidade infantil, até a constituição de adultos mais saudáveis.

Contudo, apesar de as evidências científicas demonstrarem o grande potencial transformador do leite materno para a criança, a mãe, a família e a sociedade, elas não têm sido suficientes para garantir a introdução de valores culturais capazes de reverter a tendência ao desmame, detentor este, de um caráter complexo (ALMEIDA, 1999; ALMEIDA; NOVAK, 2004), em que diversos fatores podem interferir no desdobramento desta prática. Fatores que vão além de problemas físicos das mamas (traumas mamilares, ingurgitamento mamário, mastites, entre outros) até aspectos emocionais e socioculturais que permeiam a

nutriz, como a falta de apoio da família, dos serviços de saúde e da comunidade (ALMEIDA, 1999). Torna-se, assim, imprescindível que os projetos voltados para a construção de uma sociedade mais equitativa passem obrigatoriamente pela inclusão de políticas públicas de promoção, proteção e apoio à amamentação (BRASIL, 2005a; CASTRO; ARAÚJO, 2006) e que os profissionais da área da saúde, além do conhecimento das vantagens e da importância desta prática, adquiridos por meio do conhecimento atualizado, disponham também de um olhar voltado para as condições sociais, econômicas e culturais vigentes e particulares da mulher que amamenta, com o objetivo de tornar esta prática cada vez mais efetiva (RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2000).

As ações de apoio e incentivo ao AM, desde o século passado, têm sido destacadas como estratégias relevantes a serem incorporadas pelos serviços de saúde. Na Conferência Internacional de Alma Ata, com o tema central de “Cuidados Primários à Saúde” realizada em 1978 (OMS, 1978), o AM foi uma das ações destacadas no elenco das consideradas prioritárias para a organização de práticas de saúde. O Brasil como signatário desta Conferência se comprometeu com as recomendações firmadas neste evento. Em um processo histórico de reorganização do sistema de saúde, mais recentemente o Brasil estabeleceu como eixo estruturante do sistema de saúde brasileiro a Atenção Básica à Saúde (ABS)³ (BRASIL, 2006).

Os atributos da ABS, que serão abordados com mais detalhes no quadro teórico, vêm ao encontro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com potência para conformar uma prática de atenção onde o conhecimento biológico é necessário, no entanto também preconiza a incorporação de outros conhecimentos para apreender o ser humano nas suas diversas dimensões entre elas as sociais, culturais, psicológicas, econômicas, e espirituais.

Dentre esses atributos da ABS, prevê-se a integração entre os serviços de saúde onde as informações dos usuários que circulam pelos diferentes serviços sejam articuladas para as tomadas de decisão. A integração com outros serviços de apoio também é assinalada como um recurso fundamental no atendimento das necessidades dos usuários.

³ Na política do Sistema Único de Saúde, a denominação adotada para organizar o modelo de atenção à saúde, incorporando os atributos da Atenção Primária à Saúde foi Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2003). Mendes (2002) relata que o conceito de atenção básica à saúde é mais encontrado, na literatura internacional, como atenção primária à saúde.

Os princípios da ABS se efetivamente operarem na rede de serviços de saúde possibilitarão minimizar muitas dificuldades encontradas no cotidiano das pessoas, e que neste estudo se configuram pelas puérperas, crianças e mesmo seus familiares.

Ao se considerar a importância das questões relativas ao AM e a relevância do apoio frente a esta prática, chegamos às seguintes indagações: Como está a prevalência do AME no município estudado? Como está sendo o apoio à prática do AM, tanto pela família, como pelos serviços de saúde e pela sociedade, na perspectiva da mulher? Quais são os fatores considerados facilitadores e dificultadores para a mulher que amamenta?

Diante do exposto e das nossas inquietações, elegemos, como objetivos desta investigação, identificar a prevalência do AME em crianças menores de 6 meses no município de Serrana-SP e analisar seus determinantes, ou seja, os fatores que facilitaram e dificultaram o AME na perspectiva das mães.

Acredita-se que os resultados deste estudo possam trazer subsídios para reflexão e, conseqüentemente mudança na prática profissional como também no envolvimento e comprometimento dos gestores dos serviços de saúde para elaborarem estratégias de organização dos serviços de ABS, propondo e exercitando ações no tocante às práticas alimentares apropriadas às crianças desta faixa etária, assim como ao incentivo do AM e contribuindo desse modo, tanto para a melhoria da qualidade da alimentação dessas crianças e prevenção de agravos decorrentes da ausência desta prática, como para a promoção de uma prática de AM menos verticalizada e descontextualizada e desta forma fortalecer os serviços de atenção básica.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Identificar a prevalência e os determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses, no município de Serrana-SP, no ano de 2009.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar a prevalência do aleitamento materno exclusivo, segundo os indicadores de avaliação propostos pela Organização Mundial de Saúde em crianças menores de 6 meses que compareceram à segunda etapa da Campanha de Vacinação contra a poliomielite no ano de 2009, na cidade de Serrana-SP.
- Identificar e analisar os determinantes do aleitamento materno exclusivo: fatores que facilitaram e dificultaram o aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses, nas perspectivas das mães.

4 Quadro Teórico

4.1 Atenção Primária à Saúde e a Prática do Aleitamento Materno

4.1.1 Atenção Básica no Brasil – Recuperando a trajetória histórica

O processo de implantação do SUS, historicamente, tem enfrentado a complexidade do contexto político e econômico, assim como as diversidades e adversidades regionais, proporcionando a criação de estratégias contínuas para mudanças neste setor. Neste contexto histórico e político, entre consensos e divergências com os distintos atores sociais, é possível compreender que as inúmeras saídas têm levado o setor a imprimir mudanças que vêm se constituindo no fortalecimento gradual da ABS (PEREIRA, 2008).

Considerando a importância de um olhar voltado para o presente, mas articulado com o passado, não somente no sentido da evolução histórica, mas sim para entender os determinantes deste processo, na perspectiva do SUS faremos um resgate histórico, da organização dos serviços de saúde, no Brasil, a partir da década de 1970, sem, contudo, se comprometer com o aprofundamento do mesmo.

Tomaremos alguns acontecimentos da década de 1970, para apreender a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), sabendo-se que o setor saúde tem uma conexão direta e fortemente marcada pelo desenvolvimento capitalista.

Nesse período, a economia mundial estava desestruturando-se devido ao aumento dos preços do petróleo, essa situação foi se agravando e se constituiu em uma crise que repercutiu economicamente em todos os grandes países desenvolvidos. Com a redução da arrecadação fiscal, surgem as dificuldades relacionadas ao desenvolvimento desses países e, conseqüentemente, os gastos com políticas sociais passam a ser revistos, incluindo os investimentos desta natureza em países em desenvolvimento. Deste modo, desencadeia-se uma avaliação em relação aos resultados dos serviços de saúde, considerando os seus custos (ALMEIDA, 1997).

Assim, segundo o autor, esta situação colocou em revisão o modelo assistencial hegemônico, pautado centralmente no saber biomédico, atos médicos e procedimentos técnicos, que recorre essencialmente a equipamentos de alto custo para diagnóstico e tratamento. Com a crise instalada, evidenciaram-se o aumento do desemprego, o arrocho salarial e as péssimas condições de vida da maior parte da

população, o que, conseqüentemente, gerou maior demanda para os serviços de saúde e também para outras demandas sociais. O contexto deixou os governantes diante de um dilema – de um lado a população clamando por políticas sociais e de outro os dirigentes precisando desenvolver planos de trabalho pautados por racionalização econômica.

Diante dessa situação dilemática, a OMS promove na década de 1970 encontros e discussões com a finalidade de debater estratégias alternativas viáveis para as populações mais desprovidas, visto que o seu acesso aos serviços de saúde teria alto custo e se tornaria incompatível com a atual situação econômica. Assim, diante do grande desafio de se elaborar proposta com abrangência internacional, a OMS convoca a **Conferência Internacional de Alma Ata**, com o tema central de “**Cuidados Primários à Saúde**”, realizada no período de 6 a 12 de setembro de 1978, na cidade de Alma Ata, no Cazaquistão, onde participaram representantes de 144 países (OMS, 1978).

A Conferência de Alma Ata teve como objetivos: promover o conceito de APS em todos os países, trocar experiências e informações sobre a organização da APS em alguns sistemas e serviços nacionais de saúde, avaliar a situação da saúde e da assistência sanitária em todo o mundo, definir os princípios da APS e as formas operativas de superação dos problemas que porventura surgiriam, definir a função dos governos e de organizações nacionais e internacionais na cooperação técnica e na ajuda para o desenvolvimento da APS de uma forma geral e formular recomendações para esse desenvolvimento (OMS, 1978).

Desse modo, a Conferência de Alma Ata foi pautada na perspectiva de elaborar critérios visando à redução das injustiças entre os excluídos e os privilegiados, por meio de distribuição equitativa dos recursos, com o objetivo de alcançar um nível de saúde que possibilitasse aos indivíduos desfrutar de uma vida social e economicamente produtiva (PEREIRA, 2008). Assim, o conceito de Atenção Primária à Saúde, consensualmente produzido foi:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a

atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo e atenção continuada à saúde (OMS, 1978, p. 13).

Ao mesmo tempo em que abre para o enfrentamento dos principais problemas, também define minimamente as ações previstas para a operacionalização da APS:

Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (OMS, 1978, p. 2).

Destaca-se, nessa oportunidade, a necessidade de envolver outros setores nos cuidados primários à saúde, afirmando a estreita relação destes com o desenvolvimento dos países.

Os cuidados primários à saúde deveriam proporcionar serviços de proteção, cura e reabilitação, priorizando os indivíduos e comunidades mais necessitados. Outro destaque registrado nesta declaração afirma que os cuidados primários à saúde, ao serem adotados, precisam levar em consideração os níveis locais e de encaminhamento aos atendimentos necessários, assinalando que os trabalhadores deste setor precisam ser preparados social e tecnicamente, visando a responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis (OMS, 1978, p. 2).

Além disso, também enfatizam a necessidade de cooperação entre as nações para que os cuidados primários à saúde sejam implantados, lembrando que esta atitude promove benefícios a todos. Finaliza-se a Declaração recomendando o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais para se atingir um nível de saúde aceitável para todos os povos até o ano 2000 (OMS, 1978).

Entretanto, a síntese apresentada na Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários à Saúde apresentou entraves de ordem política e econômica, e desta

forma não contemplou o conjunto das dimensões que possibilitassem a mudança do modelo assistencial (PEREIRA, 2008).

Frente à complexidade dos problemas de saúde, Franco e Merhy (2003) assinalam que as proposições de Alma Ata enfocam a promoção, mas não conseguem mudar o modelo médico-centrado e procedimento-centrado. Afirmam que deste modo as mudanças não têm potência para provocar transformações no processo de trabalho em saúde e, portanto, são frágeis para alterar o modelo assistencial em curso.

Por outro lado, é inegável a incorporação, às políticas de saúde, das resoluções estabelecidas em Alma Ata no ano de 1978, entre os países signatários da OMS. A Conferência de Alma Ata reafirmou a deliberação da Trigésima Assembleia Mundial da OMS, realizada em maio de 1977 onde todos os governos deveriam adotar como meta a saúde para todos no ano 2000. Esta meta foi reafirmada na elaboração dos capítulos V e X da Declaração de Alma Ata.

Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social. [...] Poder-se-á atingir nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamento e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada (OMS, 1978, p. 2-3).

Vale esclarecer o significado da meta saúde para todos no ano 2000, ofertado pela *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*:

Health for all does not mean that in the year 2000 doctors and nurses will provide medical care for everybody in the world [...], nor does it mean that in the year 2000 nobody will be sick or disabled. It does mean that health begins at home, in schools and in factories⁴ (WHO, 1981⁵ apud AGUIAR, 2003, p. 50).

⁴ *Saúde para todos não quer dizer que no ano 2000 médicos e enfermeiros vão prestar cuidados médicos para todas as pessoas no mundo (...), nem significa que, no ano 2000 ninguém no mundo sofreria de doenças ou deficiências. Significa, que a saúde começa em casa, nas escolas e nas fábricas.*

⁵ World Health Organization (WHO). **Global strategy for health for all by the year 2000**. Geneva: WHO, 1981. 90 p.

Pode-se afirmar que, após essa Conferência, diversos países vêm investindo na reformulação dos seus sistemas de saúde, visando a atingir qualidade na atenção, ampliar acesso, promover equidade e obter eficácia. A Conferência de Alma Ata tornou-se um marco histórico na organização dos sistemas de saúde, representando um dispositivo para outras iniciativas (PEREIRA, 2008).

A OMS sintetizando as experiências da implantação da APS pós-Alma Ata, nos países signatários, apresenta quatro correntes interpretativas que caracterizam as diferentes formas de implantar a APS, sendo elas:

- **APS seletiva:** número limitado de serviços de alto impacto que se compromete a ofertar recursos de baixo custo e escassa qualificação do pessoal para resolver problemas muito prevalentes em populações de baixa renda. Considerando as doenças prevalentes da população infantil, tais como doenças infecciosas, diarreicas, desnutrição e desidratação, esta corrente enfatiza o incentivo à prática do AM, a oferta de vacinação e ações de reidratação oral, sem, contudo assegurar o acesso a outros recursos necessários para o enfrentamento desses problemas, na dimensão do tratamento, reabilitação ou mesmo com ações de promoção de saúde e prevenção de agravos de forma intersetorial.

Trata-se de um arranjo para regiões e populações pobres, em que não há comprometimento com a implantação de serviços de referência para serviços de maior densidade tecnológica e não existindo assim articulação dos serviços (MENDES, 2002).

- **APS como nível primário do sistema:** concebida como porta de entrada ao sistema de saúde e local para atenção continuada da maioria da população com ênfase na função resolutiva sobre os problemas mais comuns de saúde. Mendes (2002) considera que a função resolutiva é restrita e tem finalidade de minimizar os custos econômicos.
- **APS ampla (princípio de Alma Ata):** como estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde. Nesta corrente pressupõe-se que respeitando as especificidades de cada região, de cada local os serviços serão organizados a partir da apropriação e articulação de todos os recursos do sistema, e desta forma a reordenação visa a atender às necessidades, demandas e representações da população, estabelecendo um sistema integrado de serviços de saúde (MENDES, 2002).

- **Enfoque de saúde e direitos humanos:** concebe a saúde como um direito humano e destaca a necessidade de responder aos determinantes sociais e políticos mais amplos com ênfase em políticas de inclusão e busca da equidade.

Particularmente no Brasil, devemos considerar os muitos “brasis”, e assim podemos afirmar que as experiências implantadas carregaram marcas estruturais e ideológicas, características explicitadas nas quatro interpretações (PEREIRA, 2008). O SUS, implantado a partir dos anos 1990, tem no conjunto dos seus princípios doutrinários e organizativos a identificação com as duas últimas correntes: APS ampla e APS com enfoque de saúde e direitos humanos. Tal afirmação é possível de ser evidenciada no enunciado dos seus princípios (BRASIL, 1999):

- **Universalidade:** assegura a saúde como direito do cidadão e dever do Estado que deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde no plano individual e coletivo.
- **Integralidade:** é o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.
- **Equidade:** igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situação de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos de população.
- **Resolubilidade:** eficiência na resolução das ações e serviços de saúde, por meio da assistência integral e resolutiva, contínua e de boa qualidade à população, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais esta população está exposta.
- **Intersetorialidade:** desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com o objetivo de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis.

- **Humanização do atendimento:** responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade, assim como o estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população.
- **Participação social:** democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema.

Nesse processo de implantação e implementação do SUS, diversas estratégias e intervenções têm sido construídas e mais recentemente, para organizar o modelo de atenção à saúde, incorporando os atributos da APS, o Brasil estabeleceu como eixo estruturante do seu sistema de saúde a ABS que foi definida pela Portaria Ministerial 648/2006 como:

conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, p. 10).

O conceito de ABS reforça a necessidade de identificar e analisar as especificidades locais e vai além do seu sentido semântico, pois tem o intuito de *“construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção”* (BRASIL, 2003 p. 7). O SUS toma a implantação da ABS com ênfase na (re)organização das práticas assistenciais em saúde e ainda elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso, de responsabilidade entre os profissionais com a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde lança, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde e contribuir para a organização do sistema local de saúde, com base nos princípios do SUS (BRASIL, 1993).

Uma das iniciativas considerada decisiva para se estabelecer o PSF foi a implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS), no estado do Ceará, entre 1987 e 1990. Esta iniciativa fez parte do programa de emergência de combate à seca, planejada para ações de promoção da saúde, realizadas pelos próprios moradores que receberiam treinamento em relação a cuidados relacionados ao AM, terapia de reidratação oral, vacinação, etc (SILVA; DALMASO, 2002). A avaliação positiva desse trabalho foi essencial para a implantação institucional do PACS, em 1991, pelo Ministério da Saúde.

Apesar das conquistas na implantação do SUS, o Ministério da Saúde reconhece que, nesses aproximadamente 16 anos de trabalho, essas iniciativas não foram suficientes para alterar a prática de saúde na prestação de serviços de saúde. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde:

[...] assumiu o desafio de colocar em seu plano de Ações e Metas Prioritárias as estratégias da Saúde da Família e Agentes Comunitários da Saúde como caminhos possíveis no processo da reorganização da atenção básica em saúde, com a certeza de que as mesmas já constituem uma realidade concreta no contexto da mudança do modelo assistencial no qual está empenhado o país (BRASIL, 1998, p. 5).

O PSF inicialmente, assim ficou denominado, no entanto, embora tenha o nome de programa não corresponde à concepção adotada pelos demais programas do Ministério, pois não se trata de uma intervenção vertical e paralela às demais atividades inseridas nos serviços de saúde. Vale ressaltar a mudança da terminologia de Programa da Saúde da Família para Estratégia da Saúde da Família (ESF), tornando-a uma diretriz coerente com a política de ABS (PEREIRA, 2008).

A ESF tem como objeto principal a atenção à família, não como uma somatória de pessoas, mas incorporada a partir do ambiente onde vive, incluindo, as relações intra e extrafamiliares (BRASIL, 1998). O Ministério da Saúde alerta que não se deve cometer o equívoco de se tomar a ESF como um sistema de saúde de pobre para pobres, pois a mesma possui o caráter de substituir a rede básica tradicional e reconhecer que a prática na ABS exige profissionais que portem conhecimento, habilidades e atitudes necessárias às situações de alta complexidade

assistencial presentes na ABS (BRASIL, 1998). Esta estratégia foi instituída como o primeiro contato da população com o serviço de saúde, responsabilizando-se pela atenção contínua, se comprometendo com a referência e contrarreferência entre os diversos níveis de atenção.

Segundo os autores Pereira (2008) e Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996), a complexidade está em todos os atos de cuidar, envolvendo relações entre pessoas, o desvendar e trabalhar com as necessidades de saúde em suas múltiplas dimensões. Pois quando se trata de alta complexidade, há uma intenção de que complexidade é ter disponível e saber operar equipamentos ou maquinários sofisticados; ou poder realizar procedimentos técnicos invasivos. Os serviços que dispõem e operam com equipamentos sofisticados, além de trabalharem com a complexidade, também são denominados como de alta densidade tecnológica. Estas definições precisam ser cada vez mais evidenciadas, pois a banalização e a desvalorização que vêm sendo construídas, acerca das práticas na ABS, também se reforçam na não distinção de complexidade e densidade tecnológica.

Apesar do conceito complexo de ABS, muitas Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão quase que exclusivamente voltadas à cura de doenças. Mantêm um modelo fragmentado ainda centrado em intervenções de caráter individual e pautado em terapêutica medicamentosa, restringindo-se ao atendimento das demandas sobre as doenças, sem o compromisso de estabelecimento de diálogos entre profissional e usuário que valorizem a fala, a escuta, os anseios, as angústias e as expectativas dos usuários, visando identificar as reais necessidades e demandas trazidas pelo usuário e também à construção do vínculo entre esses atores (PEREIRA, 2008).

Considerando a ESF como eixo estruturante da mudança das práticas de saúde da ABS, a integração com os serviços de saúde dos diversos níveis foi destacada como fundamental na produção das ações de saúde do cotidiano. Outra característica destacada é a atuação conjunta com os outros setores, possibilitando atuar na prevenção de doenças e na promoção de saúde. Portanto, visava-se a construir a indissociabilidade das ações curativas, de prevenção e de promoção, tornando mais claro o princípio da intersetorialidade e, conseqüentemente, da integralidade (PEREIRA, 2008).

A principal estratégia de fortalecimento da ABS é a implantação das ESF e dos PACSs, denominado atualmente como Equipe de Agentes Comunitários de

Saúde (EACS) voltados para a identificação e enfrentamento dos principais problemas de saúde de seu território e tornando-se a porta de entrada preferencial do sistema de saúde (BRASIL, 2005b).

Atuar nessa direção pressupõe que as equipes de saúde das unidades de ABS conheçam e tenham a corresponsabilidade para enfrentar os problemas de saúde da população da sua área de abrangência.

Essa corresponsabilidade implica em mudanças na forma de realização do trabalho das equipes de saúde, com criação de vínculo entre as unidades de saúde e a população, na ampliação da atenção sobre as necessidades de saúde de populações específicas e na busca de alternativas mais cabíveis às diferentes realidades (BRASIL, 1999).

Nesse reconhecimento dos problemas relacionados à população adscrita, destacamos, particularmente, a situação da prática do AM como um indicador de avaliação da ABS.

O primeiro contato⁶ para a mulher no processo de amamentação é substancial. As unidades de saúde devem estar sempre acessíveis para um novo problema ou intercorrência pelo qual as pessoas buscam solução. A ausência de uma porta de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida (STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade⁷, também, está relacionada com a prática do AM, pois se pressupõe que haja uma atenção em longo prazo, com fortes laços interpessoais entre as pessoas e os profissionais de saúde, refletindo em cooperação mútua entre eles (STARFIELD, 2002).

Nessa organização dos serviços de saúde, pautada nos princípios dos SUS e nos componentes da ABS, a prática do AM precisa desenvolver-se como alicerce na produção do cuidado, tanto no âmbito da atenção da mulher, como da criança e da família.

Para focalizar os princípios da ABS na atenção à saúde da criança, as unidades de saúde, independentemente da sua forma de organização e/ou cobertura de ESF e EACS, precisam aderir à *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil* do Ministério da Saúde

⁶ Primeiro contato ou porta de entrada é a ideia de que existe um ponto de entrada de fácil acesso cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde (STARFIELD, 2002).

⁷ Longitudinalidade é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde (STARFIELD, 2002).

(BRASIL, 2005a), pactuando o alcance de resultados, com o seu desempenho sendo avaliado periodicamente. As unidades de saúde e os gestores municipais devem estabelecer os critérios e indicadores para esta avaliação, tendo como referência as diretrizes definidas pelos órgãos regionais, estaduais e federais (BRASIL, 2005a).

O incentivo ao AM é uma das 13 linhas de cuidado desta agenda de compromissos que preconiza também outras linhas de cuidado com o objetivo de articular as diversas ações de saúde na busca da integralidade, como: atenção humanizada e qualificada à gestante e ao RN; triagem neonatal (teste do pezinho); incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (cartão da criança); alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; combate à desnutrição e anemias carenciais; imunização; atenção às doenças prevalentes na infância (diarreias, doenças respiratórias, tétano neonatal, entre outras); atenção à saúde bucal; atenção à saúde mental; prevenção de acidentes, maus-tratos/violência, trabalho infantil e atenção à criança portadora de deficiência (BRASIL, 2005a).

Com vistas à redução da morbimortalidade infantil na primeira semana de vida neonatal, é fundamental que os serviços de saúde se organizem para garantir a atenção ao RN e também à puérpera logo após o parto. A ação *“Primeira Semana Saúde Integral”*, proposta pelo Ministério da Saúde, é uma oportunidade estratégica de atenção à saúde do binômio mãe e filho. Um momento estratégico para a realização desta ação é durante a realização do teste do pezinho, onde a equipe de saúde tem a oportunidade de atender integralmente à criança e à mulher, abordando questões relativas ao AM com intuito de promover e apoiar esta prática, avaliar as condições de saúde da mãe e do filho, aplicar vacinas, agendar a consulta de puerpério e de puericultura, assim como realizar planejamento familiar (BRASIL, 2005a).

É na primeira semana de vida do bebê que ocorre a maioria dos problemas que pode levar ao desmame precoce. A equipe de saúde deve estar atenta para escutar a mãe e seus familiares, livre de julgamentos e discursos impositivos, e considerar a singularidade e subjetividade de cada binômio como forma de apoio e incentivo.

Entretanto, esta não é a realidade vivenciada na maioria dos serviços de saúde. A rede básica de saúde de muitos municípios encontra-se desarticulada e

fragmentada em relação às ações efetivas de apoio à amamentação. Faz-se necessário que as UBSs capacitem suas equipes de saúde que assistem direta ou indiretamente as gestantes, as puérperas e as crianças, visando à adoção de práticas facilitadoras e humanizadas de incentivo ao AM (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

Além da mudança na prática profissional, o conhecimento dos indicadores de saúde da população, dentre os quais os de alimentação infantil, por parte dos gestores e de todos os profissionais envolvidos no cuidado à mulher e à criança, é fundamental para o planejamento em saúde pública e para a definição de políticas na área materno-infantil tanto de âmbito nacional como local (KITOKO et al., 2000). Este planejamento pode se dar por meio da detecção rápida da situação do AM pelos municípios, que será detalhado no transcorrer deste estudo.

O princípio da descentralização imprime o município como sendo o principal responsável pela saúde da população. A municipalização permite que as cidades tornem-se responsáveis pela coordenação, planejamento, controle, acompanhamento e avaliação, conferindo autonomia para controlar os recursos financeiros, os serviços de saúde prestados em seu território e para resolver seus problemas de saúde (BRASIL, 2005b). Particularmente em relação à implantação e/ou implementação de ações voltadas para o AM, faz-se necessário investir em recursos que permitam identificar a situação desta prática nos municípios, visando a promover ações mais apropriadas a cada realidade.

O município de Serrana – SP, desde 1994, aderiu à municipalização da saúde e vem planejando e organizando sua rede de atenção à saúde aos munícipes desde então. Vale destacar que entre os programas de atenção à saúde existentes, existe o programa de saúde da mulher e da criança, nos quais são desenvolvidas ações de incentivo ao AM, de maneira muito incipiente, no entanto, até o momento, não foi possível realizar nenhum estudo sistematizado sobre a prevalência do AME em crianças menores de 6 meses.

Ainda em relação ao planejamento de ações em prol do AM, vale ressaltar, que, segundo o Manual para a Organização da Atenção Básica (BRASIL, 1999), as ações de incentivo ao AM estão incluídas entre as ações dirigidas a grupos específicos da população atendidos nos serviços de ABS. Para esta ação específica, foram definidos como impactos esperados: a redução da desnutrição e das doenças infecciosas, assim como a redução das internações hospitalares no primeiro ano de

vida. Um dos indicadores para medir esse impacto é o percentual de crianças menores de 4 meses em AME.

Ao pensar em implantar estratégias e implementar novas ações para a promoção e apoio do AM, considerando os atributos da ABS no Brasil, é necessário conhecer e identificar a real situação deste tema específico no município estudado, para que a implantação e/ou implementação de ações em prol da amamentação possam ser posteriormente monitoradas e avaliadas, revelando inclusive o impacto destas na saúde de um grupo populacional específico, ou seja, de crianças menores de 6 meses de vida.

4.1.2 O aleitamento materno e sua trajetória histórica nos serviços de saúde

A busca de uma recuperação histórica do processo de amamentação materna se dá na perspectiva de compreendermos as especificidades e transformações que esta prática assume em diferentes momentos, seja no cotidiano dos serviços de saúde, seja no contexto político, seja no ambiente familiar, de forma a podermos estruturar um quadro das determinações que vão se fazendo presentes no transcorrer dos tempos (PEREIRA, 2001).

Concordamos com Pereira (2001) quando esta afirma que o caminho de reconstrução requer um olhar que não se fixe apenas no que está sendo, mas que ao ver o presente, necessariamente, se busquem os fundamentos deste acontecer em articulação com o passado.

Enfocaremos a trajetória histórica do AM e suas diretrizes que nortearam esta prática no Brasil, sem, contudo ter a pretensão de aprofundar na sua complexidade, mas com a intenção de compreender as transformações que esta prática apresenta em diferentes momentos de uma sociedade.

Forneceremos noções sumárias da história econômica e social do Brasil para podermos relacionar tais aspectos como a prática do AM, visto que a amamentação assume diferentes práticas, comportamentos e significados entre as várias culturas, conforme as épocas e os costumes (CASTRO, ARAÚJO, 2006).

Após o descobrimento do Brasil, a primeira atividade econômica realizada foi a exportação do pau-brasil nas florestas próximas ao litoral brasileiro. Os indígenas

eram utilizados pelos brancos europeus para esta atividade. Posteriormente surgiram outras áreas de interesse, como a agricultura de subsistência e a pecuária em vários locais do território brasileiro.

Nesse período não havia hierarquias sociais, e a prática da alimentação dos filhos por amas-de-leite devia ser pouco frequente ou inexistente, pois as mulheres indígenas foram transformadas em parceiras sexuais e esposas dos primeiros colonizadores (SILVA, 1990).

Foi com o início da exploração econômica do açúcar no Nordeste que chegaram as mulheres e as crianças europeias acompanhando os colonos.

Na segunda metade do século XVI, iniciou-se o tráfico negreiro para o Brasil, o que gerou a substituição da escravidão indígena pela negra.

A amamentação entre as escravas negras foi dificultada devido ao sistema escravocrata, que separava mãe e filho logo após o parto, para que as escravas fossem conduzidas ao trabalho árduo nas lavouras, engenhos e também para atuarem como amas-de-leite para os filhos dos senhores (SILVA, 1990). O sistema de amas-de-leite surge sob influência dos costumes europeus. De Portugal transmitira-se para o Brasil o costume das mães ricas, esposas dos senhores, não amamentarem seus filhos, sendo estes entregues às escravas para amamentarem. Nos primórdios da colonização, eram as índias que serviam de amas-de-leite às famílias brancas. A substituição pela escrava negra ocorreu pelo “maior vigor” e maior potencial leiteiro destas mulheres, devido a suas melhores condições eugênicas (SILVA, 1990).

A maternidade da mulher negra foi negada, em virtude da apropriação de sua capacidade de amamentar. A incorporação da escrava ao ciclo reprodutivo da família branca fez com que a escravidão reafirmasse a impossibilidade para os escravos constituírem seu próprio espaço reprodutivo (ALMEIDA, 1999; ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Posteriormente com o declínio da atividade agrícola no país, muitos escravos vieram para as cidades, vendidos ou acompanhando seus donos. Uma nova fonte de renda era vislumbrada pelos senhores: alugar a nutriz escrava negra (SILVA, 1990). Porém, o Brasil com sua estrutura econômica arcaica e o reduzido poder de compra, eram poucos os artesãos, que além da elite imperial poderiam pagar pelo aleitamento mercenário (SILVA, 1990).

A crueldade com as mulheres negras era notória, os proprietários separavam os filhos ainda recém-nascidos das mães escravas para alugá-las como amas-de-leite

pelo simples motivo de as famílias brancas não aceitarem receber a negra com seu filho e dividir o seu leite com o filho do senhor (SILVA, 1990).

A busca da mulher imperial das camadas dominantes em imitar os costumes europeus era inegável, no qual o amor materno não tinha valor social e moral, pois com a existência da ama-de-leite sobrava tempo para a administração doméstica ou mesmo para o ócio. Esta recusa de amamentar o próprio filho revelava uma desconsideração e descaso da mulher branca pela infância (SILVA, 1990).

Essa falta de apreço pela infância era também notada pelo pai, que para ele interessava somente o filho na fase adulta, capaz de herdar seus bens, dar continuidade ao seu trabalho e enriquecer a família (ALMEIDA, 1999).

A sociedade aristocrata também rejeitava a amamentação nas classes dominantes, por considerar ser uma prática deselegante para a mulher imperial, que atrapalhava sua vida social (festas, bailes, espetáculos). Havia também várias crenças que permeavam a amamentação: o ato de amamentar enfraquecia a mãe, não sendo uma tarefa nobre para as damas; trazia prejuízos para a estética e beleza física da mulher e por fim as relações sexuais seriam capazes de “contaminar” o leite (ALMEIDA, 1999; SILVA, 1990).

No entanto, as mulheres do período colonial já tinham uma explicação para a recusa da amamentação que, para a época, era socialmente aceita: incapacidade física de amamentar pela baixa idade, visto que elas casavam muito jovens; ou pelo desgaste físico em razão dos partos próximos e repetidos (SILVA, 1990).

Essa explicação do desgaste físico não se mostrava convincente, pois as mulheres negras também poderiam sofrê-lo. Entretanto é comum na história do AM o discurso atribuído às causas físicas, quando esta é condicionada por concepções sociais e culturais (SILVA, 1990).

Certamente, nesse período, as mães provavelmente desconheciam as vantagens do AM, principalmente para seu filho. Somente a partir do momento em que a vida da criança passou a representar relevância econômico-política, no século XIX, que esta prática passou a ter conotação como problema nacional (ALMEIDA, 1999; ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Até a metade do século XVIII, a medicina não tinha interesse e preocupação pelas crianças e mulheres (SILVA, 1990). O número de médicos era reduzido e atendiam basicamente às famílias das elites. A medicina surgia como uma forma de

controle sobre o corpo, na tentativa de discipliná-lo e higienizá-lo para o novo espaço histórico envolvido por novas formas de produção social (SILVA, 1990).

No século XIX, surge a puericultura, com caráter regulador e arbitrário, cujo objetivo era doutrinar os atos das vidas das famílias, como, por exemplo, a regularidade dos horários de amamentação (SILVA, 1990).

Nesse período surgem teorias contrárias às amas-de-leite: o leite transmitiria a pureza dos costumes, as doenças e influenciaria na formação do caráter da criança, portanto uma criança amamentada por uma escrava tornar-se-ia, no imaginário social, um ser degenerado, e isso comprometeria o futuro da nação e da família, pois a sociedade necessitava de homens fortes, capazes de suportar todos os trabalhos (SILVA, 1990).

Ademais, segundo o autor, havia outros perigos da amamentação mercenária atribuídos pelos médicos: as emoções e as perturbações emocionais seriam capazes de alterar o leite tornando-o mais “pobre”, gerando nas crianças cólicas, irritações intestinais, diarreia, febre, o que poderia levar à morte.

O AM deveria ser estimulado, porque era um poderoso meio de sobrevivência infantil. No imaginário coletivo, a sociedade tinha de possuir crianças robustas e sadias para que no futuro houvesse adultos fortes que pudessem contribuir com a geração de riqueza da nação por meio do trabalho, visto que, com o fim da escravidão, o país precisava de mão de obra (SILVA, 1990). Foi possível observar que, após o período da escravidão formal no Brasil, atribuiu-se uma importância econômico-política ao AM, graças às mudanças nas atividades econômicas do país, levando o Estado a se pronunciar pela primeira vez em favor da criança pobre, em razão do poderoso fator de sobrevivência infantil do AM. As autoridades governamentais passaram a estimular esta prática dentre os segmentos populacionais mais pobres, com o objetivo de ampliar a mão de obra para a economia agrária e exportadora (ALMEIDA, 1999).

Para o pensamento higienista, a mãe que amamentava seu filho era considerada socialmente a verdadeira mãe. O AM passa a ser considerado como um ato nobre, valorizado e complemento da maternidade. As mães que não amamentavam eram, segundo os médicos, surdas à voz da natureza. O desejo de não amamentar passou a ser censurado e considerava-se que a mãe possui a missão de conferir estabilidade para a família e a recusa de amamentar era a primeira depravação moral que contribui para a desagregação familiar. Além disso, a

culpabilidade atribuída às mães, em razão da falta de conhecimento, as responsabilizava por todos os insucessos da amamentação (ALMEIDA, 1999).

Nesse período, assistiu-se a uma mudança de comportamento social em relação à maternidade e à infância. A medicina passou a funcionar como um poderoso mecanismo de controle social, medicalizando a família por meio da puericultura e trazendo para a maternidade o sentido de um ato sagrado. Surgiu a imagem social do amor materno perfeito que suporta tudo em benefício do seu filho (ALMEIDA, 1999; ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Surge o discurso ideológico do AM como um ato puramente instintivo e natural, inato e biológico. A sociedade passou a não admitir o abandono da criança pela mãe, as mortes infantis eram atribuídas pelos médicos ao modo de cuidar e alimentar a criança, as amas-de-leite foram expulsas das residências e incentivou-se o AM (SILVA, 1990).

Esse discurso higiênico traz para a mulher a responsabilidade materna sobre o futuro dos filhos. A morte dos filhos era usada como ameaça para convencer as mães a amamentarem (ALMEIDA, 1999; ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Contudo, em razão da amamentação ter sido trabalhada como uma categoria eminentemente biológica, baseada exclusivamente nas leis da natureza, a efetividade das ações foi reduzida. Surgiram situações impossíveis de serem solucionadas com as regras propostas pelo modelo higienista, em razão da incapacidade de lidar com os aspectos culturais que permeiam esta prática. As mulheres passaram a lançar mão de uma nova situação de insucesso, que não dependia delas exclusivamente, como o baixo volume de leite produzido, o fato de este ser fraco e até mesmo “secar” com facilidade. O ‘leite fraco’ passou a ser a ‘regra da exceção’, para explicar biologicamente os desvios do modelo higiênico da amamentação, o qual não dispunha de um conhecimento eficaz que determinasse um poder transformador (ALMEIDA, 1999).

A medicina higienista não contemplou os condicionantes culturais, propositadamente ou por desconhecimento, e impôs a amamentação à mulher branca, de origem europeia, que historicamente cultivava o ato do desmame e o mais importante: não havia aprendido a amamentar (ALMEIDA; GOMES, 1998; ALMEIDA; NOVAK, 2004).

O surgimento da expressão ‘leite fraco’ surge no Brasil como um importante momento da história da saúde pública, principalmente para os que trabalham com

esta temática, por revelar a dificuldade do profissional em lidar com a questão da promoção e do apoio. Os higienistas atuavam como promotores do AM, fortemente ligados ao fator biológico. Contudo, para a mulher conseguir obter êxito na amamentação, não basta apenas a promoção, ela tinha de receber apoio, precisava ser ouvida e não apenas ouvir. A mulher precisava aprender a amamentar, precisava ser amparada, e ajudada a vencer a historicidade de seus costumes (ALMEIDA, 1999).

O modelo higienista, com o intuito de evitar uma crise de seu paradigma, criou e introjetou na cultura brasileira a figura do leite fraco, para ser capaz de assumir todos os insucessos com o AM, o que permitiria suavizar a responsabilidade materna e manter hegemônico o modelo higienista da amamentação (ALMEIDA, 1999).

Contudo, houve a necessidade de introduzir outros alimentos para a criança, devido à impossibilidade física da mãe e até mesmo da sua recusa. Passou-se a utilizar o leite de vaca e de cabra (SILVA, 1990).

Atualmente, além da introdução de alimentos complementares e outros leites não maternos, a prática de oferecer chás para aliviar as cólicas e para acalmar o bebê além da água para saciar a sede é muito comum, o que, segundo Giugliani (2000), trata-se de uma prática desnecessária, mesmo em locais secos e com altas temperaturas, visto que esta suplementação, menos nutritiva, reduz a ingestão de leite materno.

No início do século XX, com a transição do modo de produção agrário-exportador para o urbano-industrial, vieram a urbanização e a consolidação do modo de produção capitalista.

É possível dizer que o fenômeno da urbanização esteja, de alguma forma, relacionado ao abandono do AM (SILVA, 1990). As pessoas passaram por um processo de ressocialização e mudanças de valores tradicionais, onde os fortalecidos laços de parentesco na família e o convívio próximo a vizinhos deram lugar às relações mais individualizadas e de caráter impessoal. Houve o desaparecimento das antigas redes de solidariedade que as mulheres procuravam como apoio (SILVA, 1990).

Em meio às transformações da economia, a sociedade de consumo foi-se desenvolvendo, surgindo com ela a mamadeira, como um novo símbolo de modernidade (ALMEIDA, 1999; SILVA, 1990).

Concomitante, nesse período, estava presente a intensa preocupação médica com a infância, passou-se a valorizar a puericultura que tinha um caráter estritamente impositivo, pois era o momento de constituição do mercado de trabalho livre (ALMEIDA, 1999).

Nesse momento surge o sistema de berçários nas maternidades, com a alegação de que o número de infecções seria reduzido. Houve a redução da necessidade de profissionais de saúde e do financiamento hospitalar, em razão das crianças alimentadas com leite em pó ficarem saciadas mais rapidamente, prolongando o tempo do sono, o que causava maior tranquilidade à equipe de saúde (SILVA, 1990). Estes profissionais ajudavam a divulgar os produtos industriais que em conjunto das rotinas hospitalares desestimulava-se a amamentação que contribuía para os altos índices de desmame entre as mulheres da zona urbana (SILVA, 1990).

Alguns pediatras acreditavam que o AME poderia causar no RN anemia ferropriva, avitaminoses e deficiência de sais minerais, portanto eles eram os primeiros a introduzir a mamadeira ainda no primeiro dia de vida dos bebês (SILVA, 1990).

A partir de 1922, observa-se um crescimento da propaganda de leite em pó, mas é a partir da década de 1940 que os leites em pó são apresentados como de fácil digestibilidade e isentos de contaminação, devendo ser usados como complementos ou substitutos do leite materno, nos casos de hipogalactia (SILVA, 1990).

O autor ainda afirma que os profissionais de saúde contribuíram para a divulgação e institucionalização do leite em pó entre as nutrizes. As maternidades permitiam que vendedoras vestidas de enfermeiras das companhias distribuíssem amostras de leite e mamadeiras de forma gratuita para as puérperas. Os médicos recebiam gratificações como viagens, participação em curso, congressos, etc., para veicular a ideia de que o leite materno poderia ser complementado.

Os médicos passaram, progressivamente, da condenação do desmame ao estímulo de modo subliminar ao aleitamento artificial, mesmo nas ocasiões onde não se diagnosticava hipogalactia (ALMEIDA, 1999).

Silva (1990) atenta ainda que existiam outros interesses por trás do incentivo ao aleitamento artificial: os médicos encontravam nos produtos industrializados uma maneira de manter sua autoridade e soberania e às indústrias multinacionais interessava exclusivamente o acúmulo de lucros no mercado brasileiro.

Contudo não foi somente a propaganda de leite artificial, influenciada pelas indústrias, a causadora do desmame precoce nessa época. Os comportamentos das mulheres em relação ao AM foram alterando à medida que a urbanização foi aumentando (SILVA, 1990). O seio materno era considerado muito mais um símbolo sexual do que um órgão nutridor, e a amamentação era vista como capaz de deformar o seio e, concomitantemente, reduzir a atração sexual. Esta percepção acontecia notoriamente nas classes com maior poder econômico e maior nível de escolaridade, que influenciavam as atitudes dos grupos urbanos pobres e por fim as mulheres do meio rural (SILVA, 1990).

A introdução da mulher urbana no mercado de trabalho, assim como o estresse, resultado da urbanização, também contribuíram para a desvalorização do leite materno, sendo uma das causas do desmame (ALMEIDA, 1999).

Ademais, o suporte social era precário, havia poucas creches, não existia licença-maternidade prolongada, falta de punição das empresas que colocavam restrições à contratação de mulheres grávidas (MANCIAUX, 1982).

Outro fator de favorecimento ao desmame foi a redução da potência do suporte familiar, que, com a urbanização, foi sendo substituído por novas redes de relações, estabelecidas por instituições coletivas, levando a nutriz a perder os antigos atributos que caracterizavam a maternidade (NAKANO, 1996).

A partir da década de 1970, os médicos e a opinião pública começam a despertar para os problemas causados pelo declínio da amamentação. Inicia-se uma polêmica entre os diversos segmentos sociais e as indústrias produtoras de leite, que passam a ser acusadas de ser as responsáveis, por meio da propaganda e de suas estratégias promocionais, pelo desmame precoce e pelas mortes de crianças em muitos locais desprovidos de saneamento básico (SILVA, 1990).

Passa-se a admitir que, embora o leite artificial tenha suprido as dificuldades de utilização do leite materno, há a possibilidade de sua contaminação durante o preparo, principalmente entre as famílias onde o nível socioeconômico é precário, sem condições mínimas de higiene para o preparo do leite em pó, podendo ser contaminado durante este processo. Além disso, a maioria destas mães não possuía geladeira, fogões, água filtrada ou rede de esgotos, utilizavam a lenha como combustível, o que gerava um alto custo para estas mulheres na tentativa de esterilizar os bicos e as mamadeiras. Ademais, como o leite tinha um alto preço, as mães viam-se obrigadas a diluí-lo e a acrescentar farinha para engrossá-lo e render

mais, causando redução da ingestão de proteínas e concomitante desnutrição infantil (SILVA, 1990).

Assim, em virtude das altas taxas de mortalidade infantil, recomendações do AM foram apresentadas em 1974 no Programa Materno-Infantil (PMI), cuja indicação do leite em pó era aceita somente em caso de insuficiência do leite materno, considerando que as autoridades sanitárias passaram a estabelecer relações entre padrões de morbimortalidade infantil e o modelo de AM existente até o momento (TYRREL, 1993⁸ apud SOUSA, 2006, p. 38).

Segundo o autor, a maior parte das intervenções do PMI era voltada à clientela selecionada pelos critérios de vulnerabilidade, onde a “educação em saúde”, enquanto processo de controle social, focalizava as mudanças de comportamento das mulheres das classes populares, na perspectiva de reduzir a desnutrição infantil por meio do AM.

Em meados dos anos de 1980, o modelo assistencial vigente, conhecido como Modelo Médico-Assistencial Privatista, tem sua falência anunciada. A repercussão da crise fiscal do Estado e a prática médica hegemônica baseada em ações curativas não alteraram o perfil da morbimortalidade e ainda representavam custos crescentes para o país (SOUSA, 2006).

Essa crise não se limitava ao desequilíbrio entre receita e despesa, mas emergia de uma série de ações políticas, caracterizadas fortemente pelo desemprego, redução real do valor dos salários, fraudes contra o sistema previdenciário, baixa cobertura do setor público estadual e municipal, altos custos da assistência médica pelo uso de novas tecnologias, assim como um modelo de saúde dominante pautado na assistência individual e curativa.

Somado a esses fatos, ocorre uma reformulação dos conceitos médicos, em relação ao leite materno. Este fluido passa a ter uma superioridade indiscutível, tanto do ponto de vista nutricional e imunológico, como em relação à sua questão econômica e menos suscetibilidade à contaminação, sendo, além do mais, um poderoso método para o controle da natalidade (SILVA, 1990).

⁸ TYRREL, M. A. R. **Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem.** 1993. 267 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993.

Desse modo, foi desencadeado, no Brasil, o movimento de proteção à maternidade e à infância, surgindo como proposta governamental o incentivo ao AM no início de 1980 (SILVA, 1990).

Até 1980 as atividades de promoção e apoio à amamentação ocorriam de maneira isolada no país. Não existia um programa ou uma instituição responsável pelo planejamento e coordenação dessas ações em nível nacional (SILVA, 1990).

A Assembleia Mundial de Saúde estabeleceu, em 1981, o Código Internacional de Comercialização de Sucedâneos do Leite Materno e nesse mesmo ano foi implantado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), pelo Ministério da Saúde (RÉA, 2003).

As atividades do PNIAM tinham o objetivo principal de aumentar a prevalência e a duração do AM até pelo menos 4 a 6 meses e para isso visava a atingir todos os grupos sociais, tais como: profissionais de saúde, serviços de saúde, mães e suas condições trabalhistas, indústrias dos alimentos infantis, escolas e comunidade em geral. Sugeriram-se mudanças nas práticas dos serviços de saúde: educação sobre o tema nos serviços de pré-natal e puericultura, nas comunidades e nos meios de comunicação, inclusão no currículo escolar de 1º e 2º graus, formação dos profissionais de saúde em assuntos sobre AM, formação do alojamento conjunto nos hospitais, cumprimento da legislação trabalhista de proteção à mulher (licença-maternidade) e instalação de creches para que a mulher possa conciliar a amamentação e o seu trabalho (SILVA, 1990).

Outras metas foram propostas pelo PNIAM: estímulo ao parto normal, evitando-se cesarianas e anestésias desnecessárias; desestímulo à medicalização do parto e realização de episiotomias; maior flexibilidade nas rotinas hospitalares; início do AM imediatamente após o parto e baseado na livre demanda; restrição ao uso indiscriminado de substitutos do leite materno; provisão de intervalos remunerados para a amamentação; uso de tecnologias para aliviar a carga de trabalho da mulher e maior estabilidade no emprego (SILVA, 1990).

Contudo o eixo norteador desse programa baseava-se em resgatar a prática da amamentação, concebida como um ato natural, inato, instintivo, biológico, próprio da mãe e do filho, em que a mãe, enquanto mamífera, tem a responsabilidade sobre a saúde da criança. O PNIAM biologizou as questões relativas ao AM, não admitindo a assimetria entre humanos e as demais espécies de mamíferos (ALMEIDA, 1999).

O reducionismo biológico e o discurso ideológico em favor da amamentação foram mantidos, e a mulher passou a figurar como grande responsável pela saúde da criança. Com essa estratégia, o Estado mais uma vez cumpriu seu papel na busca da redução da morbimortalidade infantil, reduzindo desde questões estruturais complexas até problemas individuais a serem resolvidos pelas mães, problemas estes que, neste aspecto em particular, resumiam-se à obrigatoriedade de amamentar (ALMEIDA, 1999).

Contudo, a educação sanitária foi desenvolvida mediante ações autoritárias, verticalizadas e prescritivas. A importância da amamentação foi justificada pelo discurso científico que dava origem ao conjunto de regras impositivas do comportamento materno (SILVA, 1990).

Acreditamos que os programas em prol da amamentação são importantes, mas não garantem o sucesso do AM, caso não trabalhem a postura e a capacitação técnica dos profissionais, bem como não se contemple, nas práticas assistenciais, o estabelecimento do diálogo que valorize a mulher como um ser integral, inserido em um contexto social, considerando a sua individualidade, anseios, emoções, dificuldades internas e história de vida anterior e atual (PEREIRA, 1996).

Para Almeida (1999), é necessário avançar em direção à visão social-biológica da amamentação, considerando que o ato de amamentar é uma prática complexa e não pode ser reduzida a um único fator – o biológico. Nessa perspectiva Silva (1990, p. 3) também afirma que “*o ato de amamentar ao seio ou não, antes de ser biologicamente determinado, é social e culturalmente condicionado*”.

Ainda na década de 1980, a conjuntura social brasileira permitiu a implantação, em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e do Programa Integral à Saúde da Criança (PAISC). Estes programas propuseram medidas acerca do AM, ou seja, técnicas, orientações, exame das mamas e difusão das vantagens do AME até os 6 meses de vida da criança (SOUSA, 2006).

Nesse período ainda, a indústria sofreu muitas pressões governamentais e de organizações internacionais, o que culminou com a aprovação pela OMS, em 1981, do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno. Embora não seja uma lei, este código passou a ser acatado por grande parte da indústria, com receio do maior impacto às acusações de mortalidade infantil que permeavam a sua reputação e vendas (SILVA, 1990).

Esse código tinha o objetivo de controlar os anúncios e desaconselhar a propaganda direta às mães e famílias, incluindo distribuição de cartazes, amostras grátis de leites ou brindes de mamadeiras. Contudo o código não proibia o financiamento de eventos médicos pelas indústrias, permanecendo o vínculo entre as companhias e os pediatras e facilitando a propaganda para as mães. Além disso, também não proibia a venda de leites para uso infantil nas farmácias (SILVA, 1990).

O Conselho Nacional de Saúde percebeu que as práticas promocionais das indústrias se mantinham, de certa forma, fortalecidas na tentativa de induzir as mães que o leite artificial pode ser usado no lugar do leite materno sem prejuízo para a saúde da criança e, no dia 20 de dezembro de 1988, foram aprovadas as “Normas para comercialização de alimentos para lactentes” que se aplicavam não somente a leites artificiais infantis, mas também para mamadeiras e bicos (SILVA, 1990).

Nesse período houve intensa movimentação política e social pela redemocratização do país, e no setor saúde, essa luta foi representada pelo movimento de Reforma Sanitária que teve como objetivo principal a necessidade de ampliar o conceito de saúde, com base nas condições de alimentação, habitação, educação, lazer, trabalho, salário, transporte e meio ambiente.

A meta primordial desse processo foi tomar a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, assim como instituir o SUS com princípios essenciais – integralidade, descentralização e controle social.

Nesse processo da Reforma Sanitária, ocorreram mudanças na organização dos serviços de saúde, preconizando a integração dos serviços de nível federal, estadual e municipal, bem como a integração das ações de promoção de saúde, de prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas diretrizes sinalizavam a necessidade de mudança nas práticas de saúde, entre elas aquelas voltadas para o AM, onde se valorizasse o estabelecimento de diálogo, no sentido de conhecer a mulher na sua singularidade, seus valores, crenças, dificuldades físicas, emocionais e suas relações com o núcleo familiar e social (PEREIRA, 1996).

Nesse cenário, após a implantação do PNIAM, muitas normas e leis foram estabelecidas para proteger a amamentação. O alojamento conjunto tornou-se uma prática obrigatória para o Ministério da Saúde, a Constituição Brasileira assegurou a licença-paternidade e a licença-maternidade, assim como a pausa para amamentação durante o período de trabalho (RÉA, 2003). Houve também a criação da Norma

Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e as Normas de Funcionamento dos Bancos de Leite Humano (RÉA, 2003).

Ao longo da década de 1990, o governo brasileiro adotou Declarações e Recomendações, nacionais e internacionais, de apoio à amamentação. Dentre elas podemos destacar:

- 1990 - Declaração de Innocenti (Itália) estabelece metas de trabalho em prol da amamentação, para a década de 1990; aumentar o índice de AME em 30% nos primeiros 6 meses de vida; fortalecimento da mulher e seus grupos para exercer essa prática; leis de proteção à mulher trabalhadora e propôs a Semana Mundial do Aleitamento Materno (GOMES, 2005).
- 1990 - WHO/UNICEF – Declaração Conjunta, com o objetivo de promover, proteger e apoiar a amamentação, com foco no papel especial das maternidades, estabelece os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, buscando a revisão e a modificação das normas e rotinas que servem de barreira para o AM (WHO, 1989).
- 1991 - Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) teve dois objetivos primordiais: mudar as rotinas hospitalares conforme o cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e não aceitar as doações de substitutos do leite materno (RÉA, 2003). Entre os passos estabelecidos pela OMS (1990), o 10º passo trata da possibilidade da continuidade da atenção ao AM, propondo o incentivo da formação de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas logo após a alta do hospital ou ambulatório. Pelo desenho organizacional do SUS, as mães devem ser encaminhadas para os serviços da rede de atenção básica, e estes devem estar situados próximos às residências das pessoas.
- 1992 – WABA (*World Alliance for Breastfeeding Action*), órgão responsável pela participação de grupos e pessoas na Semana Mundial da Amamentação, que visa promover a discussão de inúmeros temas relacionados ao AM (RÉA, 2003).

Apesar da característica prescritiva e normatizadora dos dez passos para o sucesso do AM da IHAC, não se pode negar que esta iniciativa representou a possibilidade para os profissionais de saúde atualizarem seus conhecimentos específicos da temática e também possibilitou a criação de espaços para discussão sobre as iniciativas, os avanços e as dificuldades presentes nos serviços de saúde.

Contudo, apesar de todos os esforços, a atenção continua sendo oferecida de modo fragmentado, onde pouco se valorizam as tecnologias leves (escuta, vínculo, corresponsabilidade, autonomia), assim como as ações intersetoriais e a participação da população na organização dos serviços de saúde. Ainda vivenciamos uma prática profissional insensível ao cenário sociocultural e emocional no qual a nutriz está inserida; e no desejo de trazer uma resolubilidade imediata para o alcance dos padrões nutricionais ideais e para a redução de doenças, tratam a amamentação apenas sob o prisma biológico e esquecem que atrás daquelas duas glândulas mamárias existe uma mulher passando por momentos de angústia, insegurança, dor e até medo.

É preciso abarcar outras dimensões dos fluxos lácteos, ou seja, eles não operam somente no plano nutricional, são produtos que se constituem entre os domínios da natureza e da cultura, e não podem continuar a ser tratados como um fluído biológico ímpar e ocultar a interferência dos determinantes sociais na amamentação (SILVA, 1990).

Existe um grande desafio para os profissionais de saúde: compreender que o ato de amamentar não acontece com pessoas abstratas, mas com pessoas concretas, inseridas em um contexto sociocultural e familiar (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

Reconhecemos os avanços do setor de saúde brasileiro, conquistados na sua grande maioria, no movimento da Reforma Sanitária, e concordamos que ainda temos um grande desafio a enfrentar e sem dúvida um deles trata-se da mudança de modelo, visto que o processo saúde-doença ainda é considerado unicamente como fenômeno individual, centrado no corpo e fundamentado na visão biomédica, orientado por protocolos, normas e rotinas predeterminadas, seguidas de maneira austera (PEREIRA, 2001).

Concordamos ainda com Pereira (2001), quando assegura que necessitamos de iniciativas na área da saúde que rompam com esta lógica e busquem instituir intervenções para além da terapêutica medicamentosa, sem restringir o atendimento apenas às demandas no âmbito da doença.

Confere, ainda, a importância de espaços mediadores onde possam se manter os diálogos que valorizem a fala e a escuta, os anseios, as angústias e expectativas dos usuários, buscando ações intercomplementares entre trabalhadores da saúde, usuários e sociedade, na perspectiva de torná-los agentes ativos do processo.

5 Percurso Metodológico

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagens quantitativa e qualitativa, respectivamente. Os estudos transversais pretendem dar uma ideia de seccionamento transversal, ou seja, um corte no fluxo histórico do evento, evidenciando as características apresentadas por ele naquele momento (ROUQUAYROL, 1994).

A investigação quantitativa atua em níveis de realidade com o objetivo de evidenciar indicadores e tendências observáveis (MINAYO; SANCHES, 1993). É orientada à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse pelo aspecto subjetivo, utilizam procedimentos controlados, objetivos, exploratórios e sintéticos (SERAPIONI, 2000). Estudos quantitativos também são caracterizados por sua qualidade, alta confiabilidade e reprodutibilidade dos resultados, permitindo que a construção teórica inicial seja verificada e testada (TURATO, 2005); devem ser utilizadas para envolver, do ponto de vista social, um número maior de sujeitos, representantes com características do todo populacional (MINAYO; SANCHES, 1993; TURATO, 2005).

A abordagem qualitativa trabalha com o universo dos significados, valores, crenças, representações, atitudes e opiniões, o que corresponde a um espaço profundo das relações dos fenômenos e dos processos (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007; MINAYO; SANCHES, 1993; TRIVIÑOS, 1992). Tal abordagem permite abertura à apreensão da complexidade presente nas relações sociais, por meio da flexibilidade, capacidade de observação e de interação do pesquisador com os atores sociais envolvidos (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007).

Turato (2005) descreve cinco características da pesquisa qualitativa: primeira - o interesse do pesquisador está na busca do *significado* das coisas (fenômenos, manifestações, ocorrências, vivências, ideias, sentimentos) para a vida das pessoas. A apreensão dos significados das “coisas” permite a partilha cultural e a organização do grupo social em torno destas representações e simbolismos. Para o autor, no cenário da saúde, conhecer as *significações* dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição, entender mais profundamente certos sentimentos, ideias e comportamentos dos pacientes, assim como dos seus familiares e mesmo da equipe de saúde.

A segunda propriedade do método: *o ambiente natural do sujeito como fonte direta dos dados*, onde ocorrerá a observação sem controle das variáveis, e o pesquisador se envolve na própria vida da comunidade com ações disciplinadas. Terceira característica: o pesquisador é o próprio *instrumento* de pesquisa que pode apreender os objetos em estudo e interpretá-los. Quarto atributo: maior rigor da validade dos dados coletados, já que a observação dos sujeitos, por ser cautelosa, e sua escuta em entrevista, por ser em profundidade, tende a levar o pesquisador bem próximo da essência da questão em estudo. Quinta característica: como não se pauta em quantificações das ocorrências ou estabelecimento de relações causa-efeito, ela se torna possível a partir das assertivas iniciais, ou seja, dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos.

Ao adotarmos as duas abordagens, estaremos nos apoiando em Victora, Knauth e Hassen (2000), quando estes autores afirmam que, ao apoiarmos nestas duas abordagens, podemos ter uma *integração* e uma *complementaridade* na análise.

Minayo e Sanches (1993) consideram que na utilização das duas abordagens, do ponto de vista metodológico, não existe contradição, são necessárias e devem ser utilizadas como complementares, sempre que o planejamento da investigação esteja em conformidade. Ainda afirmam que o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa.

As experiências das pesquisas de campo, baseada em uma perspectiva mais pragmática, sugerem que da combinação das duas abordagens é possível obter resultados significativos e garantir um razoável grau de validade externa e interna (MINAYO; SANCHES, 1993).

Minayo (1993), em sua discussão sobre a delimitação da temática a ser estudada em pesquisa social na área da saúde, coloca que nada pode ser intelectualmente um problema de investigação se não tiver sido em alguma instância um problema da vida prática.

O presente estudo apresenta uma aproximação nesta direção, sendo o objeto de investigação fruto da vivência e da problematização do cotidiano do trabalho da enfermeira pesquisadora.

5.2 Cenário da pesquisa

O município de Serrana

O município de Serrana, situado na região nordeste do estado de São Paulo, a 277 km da capital paulista e a 20 km da cidade de Ribeirão Preto. Possui uma área de 126 km² e tem como municípios limites: Serra Azul, Ribeirão Preto, Cravinhos, Altinópolis e Brodowski.



Figura 1 – Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Pa



Figura 2 – Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto - DRSXIII

Aspectos demográficos e econômicos

A população recenseada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, foi de 39.574 habitantes, com uma densidade demográfica de 319,67 habitantes por m². A cidade é caracterizada pela concentração da população na área urbana.

A economia predominante do município é a cultura da cana-de-açúcar, o que promove um fluxo migratório muito intenso para a cidade, principalmente de trabalhadores oriundos das regiões Norte e Nordeste do Brasil para trabalharem no corte da cana-de-açúcar durante a safra (março a novembro).

A renda *per capita* está aproximadamente 50% menor quando comparada com a do estado de São Paulo e da região. Isto tem mostrado a grande dificuldade dos setores sociais desenvolverem-se adequadamente e os gastos com a saúde serem cada vez maiores, sem causar grandes mudanças favoráveis para a saúde da população (SERRANA, 2009).

Indicadores de saúde

Em relação ao coeficiente de natalidade geral, mortalidade infantil e mortalidade geral, verifica-se que, em 2009, houve 273 nascimentos no município, originando um coeficiente de natalidade geral de 6,8. A mortalidade infantil teve um coeficiente de 7,51, enquanto a mortalidade geral ficou num patamar de 5,63.

No que diz respeito às causas de internações de crianças menores de 1 ano, residentes em Serrana, foram encontrados os seguintes dados: 10,4% - doenças infecciosas e parasitárias; 48,6% - doenças do aparelho respiratório; 29,3% afecções do período perinatal; 4,1% - malformações congênitas; 2,1% - doenças do aparelho digestivo; 1,3% doenças do sistema nervoso; 4,2% - demais causas (BRASIL, 2010a).

Os Serviços de Saúde

A Secretaria Municipal da Saúde de Serrana dispõe de 1 Hospital Filantrópico e 9 Unidades de Saúde, sendo 1 ESF; 2 UBS tradicionais, sendo que uma delas possui 1 EACS vinculada, e dispõem das seguintes especialidades médicas: Clínica

Médica, Ginecologia – Obstetrícia e Pediatria, 1 Ambulatório de Saúde Mental, 1 Centro de Especialidades Odontológico, 1 Centro de Atendimento de Fisioterapia, 1 Unidade de Atendimento de Urgência e Emergência 24 horas, 1 Ambulatório de Especialidades Médicas (Otorrinolaringologia, Urologia, Cardiologia, Pediatria, Ortopedia, Ginecologia, Gastroenterologia, Neurologia, Oftalmologia, Dermatologia, Vascular e Fonoaudiologia) e 1 Ambulatório de Especialidades Pediátrica (Imunologia, Gastroenterologia, Nutrologia, Endocrinologia e Hematologia). Este serviço é prestado pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) que possui convênio com a Prefeitura Municipal de Serrana (SERRANA, 2005).

Atualmente não existe um programa de ação específica para a promoção e apoio ao AM no município. O modelo de saúde caracteriza-se por focalizar a atenção na doença, centrar-se na assistência médica individual, fragmentada e especializada, direcionada para a demanda espontânea, dentro de um paradigma restrito voltado aos danos e, portanto, predominantemente ao campo curativo, impedido de ampliar sua área de intervenção, com mais eficácia, às situações ligadas à promoção e prevenção, fatores determinantes do processo saúde-doença.

Apesar de não dispormos de estudo específico sobre a prática de enfermagem nos serviços da rede básica à saúde do campo desta pesquisa, essa prática se mostra semelhante a do município de Ribeirão Preto em que, segundo Almeida (1991), as atividades de enfermagem mostram-se complementares ao ato médico, na maioria dos serviços de saúde, reiterando a conformação de um modelo centrado na consulta médica, com poucas opções de outras atividades de atenção à saúde.

No município de Serrana, a integração dos diferentes serviços de saúde que compõem a rede de atenção não estabeleceram, ainda, um sistema de referência e contrarreferência de forma consistente, ou seja, a continuidade da atenção dos usuários é frágil ficando mais a cargo do próprio usuário estabelecer a procura dos serviços. Esta desintegração também pode ser reconhecida com outros serviços que possam se constituir em rede de apoio aos usuários. Desta forma a intersectorialidade não está configurada de maneira efetiva entre os serviços de saúde do próprio município.

No entanto o serviço de referência e contrarreferência de Serrana para outros municípios encontra-se organizado segundo as pactuações estabelecidas no Conselho Gestor Regional.

5.3 Primeira Etapa do Estudo – Abordagem Quantitativa

5.3.1 População

Constituiu-se população do presente estudo crianças menores de 6 meses de idade residentes no município de Serrana no ano de 2009 e suas respectivas mães.

5.3.2 Coleta de dados

Esta etapa do estudo se fundamentou no método previsto no Projeto AMAMUNIC, desenvolvido pelo Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo – SP em 1998, para monitorar as práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2009; VENÂNCIO et al., 2002). A realização desta pesquisa em dia Nacional de Campanha de Vacinação tem se mostrado adequada para a análise da amamentação nos municípios, devido a uma série de vantagens como: praticidade, baixo custo, confiabilidade e obtenção de dados representativos da população infantil, em razão da alta cobertura vacinal das campanhas (KITOKO et al., 2000; SÃO PAULO, 2009).

Tal método estabelece, que os municípios que possuem menos de 4.000 crianças com idade inferior a 1 ano, devem realizar a coleta de dados com todas as mães ou responsáveis de crianças desta faixa etária, que comparecerem no dia da campanha de vacinação.

Assim, como o município de Serrana possui 633 crianças menores de 1 ano (BRASIL, 2009d), todas as mães ou responsáveis das crianças menores de 1 ano que comparecessem aos postos de vacinação no dia da Campanha de Vacinação deveriam ser entrevistadas, após concordarem em participar. Contudo nos detemos às crianças menores de 6 meses, população deste estudo.

Compareceram 284 crianças menores de 6 meses de idade. Dentre elas, 2 foram excluídas, pela recusa da mãe ou responsável, por motivo de não disponibilidade de tempo para responder ao questionário. Foram também excluídas 7 crianças que não eram residentes em Serrana. Considerando as exclusões, o total

de mães/responsáveis das crianças menores de 6 meses que responderam ao questionário aplicado foi 275, correspondendo à 97% do total.

No dia da campanha de vacinação, os pais ou responsáveis pelas crianças se colocaram em fila, conforme a chegada aos postos, e desta maneira aqueles que acompanhavam crianças menores de 6 meses (5 meses e 29 dias) eram identificados e recebiam informações sobre a pesquisa. Desde que concordassem em responder questionário, eram incluídos como sujeitos da investigação.

Foi empregado um questionário (ANEXO A) do “Projeto AMAMUNIC”, com 55 questões, que se trata de um recordatório de 24 horas e identifica as práticas alimentares no primeiro ano de vida, em dias nacionais de vacinação. Este instrumento foi elaborado e validado pelo Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo – SP em parceria com o NUPENS, a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP, FIOCRUZ e Centro Técnico de Saúde da Criança da Secretaria do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2009; VENÂNCIO, 1998; VENÂNCIO et al., 2002).

Os recursos metodológicos da pesquisa AMAMUNIC foram autorizados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Ofício COEP 181/2001 (ANEXO D).

Recrutamento e treinamento dos entrevistadores

Os questionários foram aplicados por 40 entrevistadores, sendo 20 estudantes do primeiro ano de graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e 20 profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Serrana.

Esses entrevistadores receberam treinamento prévio à coleta de dados, realizado pela pesquisadora que participou, previamente, de um treinamento no Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo – SP em junho de 2009.

Os entrevistadores foram distribuídos no seu local de pesquisa, previamente definido durante o treinamento. Receberam transporte, alimentação, material de trabalho e certificado de participação. Foram distribuídos de 4 a 8 entrevistadores nos 6 postos de vacinação.

Cada entrevistador ficou responsável por uma média de 15 entrevistas, visto que o recomendado pelo Instituto de Saúde são 50 entrevistas por entrevistador (SÃO PAULO, 2009).

Todos os postos de vacinação possuíam um supervisor que também recebeu treinamento prévio pela coordenadora da pesquisa, para solucionar eventuais dúvidas dos entrevistadores. A coordenadora da pesquisa realizou a supervisão geral, percorrendo os postos de vacinação, solucionando, também, problemas e dúvidas dos entrevistadores.

5.3.3 Análise dos dados

A análise dos dados deu-se, inicialmente, por meio da análise descritiva das variáveis quantitativas, de acordo com as características deste estudo.

Os indicadores de AM propostos pela OMS em 1991 estão descritos abaixo (BRASIL, 2008a):

Aleitamento Materno Exclusivo (AME): crianças que receberam apenas o leite materno como única fonte de nutrição, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos.

Aleitamento Materno Predominante (AMP): crianças que recebem além do leite materno, outros líquidos (água, chá, suco de fruta), soro oral, vitaminas, minerais e/ou medicamentos.

Aleitamento Materno (AM): crianças que receberam leite materno e também outro líquido ou alimento incluindo outro leite ou fórmulas infantis.

Alimentação Complementar (AMC): crianças que recebem leite materno e alimentos sólidos, semissólidos ou líquidos, incluindo leite não humano.

Alimentação com Mamadeira: crianças que receberam líquidos (leite materno, outro leite e/ou fórmulas infantis) e alimentos semissólidos em mamadeira

Considerando que, para esta pesquisa, foram calculadas as taxas dos indicadores do AME, AMP e AM propostos pela OMS.

Para proceder à análise dos dados, inicialmente os questionários foram digitados em aplicativo disponibilizado pela Coordenação Geral do Projeto Alimentação e Municípios da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, via *on-line* (SÃO PAULO, 2009). Este aplicativo é disponibilizado somente para os municípios que participaram do treinamento para realização da pesquisa. Para acessar este aplicativo, o município recebe uma senha, que permite a digitação dos dados dos questionários. Estes dados são transmitidos automaticamente, via *on-line*,

para a Coordenação Geral do Projeto Amamentação e Municípios, no Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo – SP.

Esse aplicativo possui recursos de checagem durante a digitação, para verificar erros neste processo. Posteriormente este banco de dados foi exportado para planilhas do programa Excel - Windows, e para rigor metodológico, utilizou-se a técnica da dupla digitação de 100% dos questionários. Nesse processo foi detectado 2% de discordância, que imediatamente foram corrigidas no banco de dados.

Após a dupla digitação e a correção dos erros identificados nos questionários, foram realizadas análises univariadas para verificar a existência de associações entre a variável que corresponde ao AME e as variáveis de serviços de saúde, infantis e maternas.

Nas análises univariadas, consideraram-se associações estatisticamente significativas os casos onde α é menor ou igual a 0,20 (PARIZOTTO et al., 2009).

Para análise dos fatores associados ao desmame precoce em crianças menores de 6 meses, foram consideradas variáveis de serviços de saúde (tipo de serviço de puericultura: público e privado e nascimento em Hospital Amigo da Criança), variáveis infantis (tipo de parto, peso ao nascer e uso de chupeta) e variáveis maternas (idade, primiparidade, escolaridade e trabalho atual). Dentre estas variáveis, consideraram-se como fatores associados ao desmame: acesso ao serviço de saúde privado (FRANÇA et al., 2007), não nascimento em Hospital Amigo da Criança (NARCHI et al., 2009; VENÂNCIO et al., 2002), parto cesárea (NARCHI et al., 2009), baixo peso ao nascer (VICTORA et al., 2008) uso de chupeta (FRANÇA et al., 2007; PARIZOTO et al., 2009), mãe adolescente (CAMINHA et al., 2010; FRANÇA et al., 2007; VENÂNCIO et al., 2002), primípara (FRANÇA et al., 2007; VENÂNCIO et al., 2002), com baixo nível de escolaridade (CAMINHA et al., 2010; VENÂNCIO et al., 2002), que trabalha fora e sem licença-maternidade (VENÂNCIO et al., 2002).

A presença e a intensidade das associações entre os possíveis fatores de risco para o desmame precoce e a variável desfecho (AME) foram medidas, de forma univariada, pelo cálculo do *Odds Ratio* (OR) bruto e os respectivos intervalos de confiança (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 1994). Obtiveram-se, em seguida, de forma multivariada, pelo método da regressão logística, os respectivos valores do ODDS ajustado e seus intervalos de confiança.

Foi construído o modelo de regressão logística para análise dos fatores associados ao desmame precoce, em crianças menores de 6 meses. A análise foi realizada a partir do método *stepwise forward selection* no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), tendo como critério, para entrada das variáveis no

modelo, o nível de significância menor ou igual a 0,20 resultante das análises univariadas. O nível de significância adotado na regressão logística foi de 0,05.

5.4 Segunda Etapa do Estudo – Abordagem Qualitativa

Essa etapa caracteriza-se por uma pesquisa descritiva permitindo uma visão geral do assunto, campo, fato em estudo e tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar ideias e conceitos, buscando a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses que poderão ser exploradas em estudos posteriores. A pesquisa descritiva tem como o objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 1989).

5.4.1 Sujeitos

Os sujeitos participantes desta etapa da pesquisa foram 39 mães de crianças menores de 6 meses de idade que além de responderem ao questionário da etapa quantitativa (ANEXO A) também participaram das entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE A), e destas mães, 10 ainda participaram do grupo focal (APÊNDICE C).

5.4.2 Coleta de dados

5.4.2.1 Entrevista Semiestruturada

Esta técnica permite uma interação direta entre o pesquisador e os atores sociais sendo complementada por uma prática de observação participante (MINAYO, 1998). Valoriza a presença do investigador e oferece perspectivas para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (TRIVINÓS, 1992). Para Gil (1989), a entrevista possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social, em profundidade, acerca do comportamento humano.

Para operacionalizar esta etapa, foi necessário utilizar um carimbo nos questionários aplicados na primeira etapa deste estudo, durante a campanha de vacinação, que permitisse identificar as crianças menores de 6 meses. Neste carimbo constavam informações referentes à identificação da mãe da criança, endereço e telefone (se houvesse), para posteriormente encontrar as mães cujas crianças estivessem em AME ou não, até o sexto mês de vida.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora nos domicílios, utilizando um roteiro norteador (APÊNDICE A), foram gravadas com gravador digital, após a permissão das respectivas mães e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Cada entrevista teve uma duração média de 15 minutos. As questões da entrevista abordaram, de uma maneira geral, a experiência da mãe em amamentar seu filho. Para as mães, especificamente, com bebês em AME abordaram-se questões sobre os aspectos que facilitaram a amamentação e o que elas consideravam importante para a mulher amamentar por um tempo prolongado. Já para as mães cujos bebês não estavam em AME, perguntamos os aspectos que dificultaram a amamentação e como ela tomou a decisão de introduzir outros alimentos na dieta da criança.

Para selecionar as participantes desta segunda etapa do estudo, foi necessário proceder à digitação dos questionários e enviá-los para a Coordenação Geral do Projeto AMAMUNIC, tendo como período de espera, entre a digitação e a devolutiva dos dados processados, aproximadamente 2 meses.

Visando a assegurar que a seleção das mães das crianças menores de 6 meses, para a aplicação da entrevista semiestruturada se desse aleatoriamente, recorreremos a um recurso estatístico. Tomando por base a pesquisa de Venâncio et al. (2000) que trazem a prevalência do AME em uma amostra de 87 municípios paulistas de 20,7%, adotando-se um nível de significância igual a 0,05 e um erro de estimativa igual a 0,05, o valor para a amostra estimado foi de 246 mães (SILVA, 1998).

Tendo em vista que as entrevistas semiestruturadas estavam previstas para serem realizadas com as mães das crianças menores de 6 meses em janeiro de 2010, e as crianças nesta faixa etária compreendiam aquelas com nascimento de agosto de 2009 até janeiro de 2010, totalizando neste intervalo de tempo 96 crianças, esse número constituiu-se em população finita. Dessa forma, utilizando-se a correção para população finita e estimado 5% de recusa de participação, obteve-

se uma amostra de 73 participantes. Estabelecido este número, realizamos um sorteio aleatório de 73 crianças entre as 96 pertencentes à faixa etária, com auxílio do SPSS. Desta maneira identificamos as mães e em ordem sequencial, entre as sorteadas, iniciamos contato para a realização das entrevistas semiestruturadas. Para estabelecer o limite de participantes entre as 73 mães, utilizamos o critério de saturação, sendo assim, 39 mães foram entrevistadas.

A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente utilizada nas investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde, entre outras. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra, interrompendo a captação de novos componentes, ou seja, é a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa repetição ou redundância (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008)

5.4.2.2 Grupo focal

Utilizou-se, também, a técnica do grupo focal, para complementação das respostas encontradas nas entrevistas semiestruturadas. Segundo Gatti (2005), a técnica do grupo focal pode ser utilizada para complementar outras técnicas visando a aperfeiçoar e/ou aprofundar a compreensão dos dados, facilitar a expressão das ideias e experiências que ficaram pouco desenvolvidas na entrevista individual.

Morgan (1997) define grupo focal como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio da interação grupal, sobre um determinado tópico, selecionado pelo pesquisador. Segundo o autor, é o interesse do pesquisador que proporciona o foco, contudo os dados, por si mesmo, são trazidos pela interação grupal. Os grupos focais consentem: o pensar coletivo de uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas; conhecer o processo dinâmico de interação entre os participantes; observar como as controvérsias se expressam; possibilitar a reprodução de processos de interação que ocorram fora dos encontros grupais. Gatti (2005) acrescenta que o grupo focal permite compreender as diferenças existentes em ideias, perspectivas, sentimentos, valores, representações e comportamentos de grupos diferenciados de pessoas e ainda proporciona ir além das respostas

simplistas e explicações superficiais, reconhecendo os aspectos implícitos e explícitos presentes nos discursos.

Essa técnica pressupõe que os integrantes possuam uma experiência prévia do assunto a ser abordado, como critério para composição do grupo. Também é recomendável ter uma composição homogênea, facilitando a interação dos integrantes (MORGAN, 1997). A literatura considera que, numericamente, o grupo focal deve considerar o envolvimento que cada participante tem para contribuir com o grupo (MORGAN, 1997).

O autor ainda propõe algumas recomendações práticas para a composição de um grupo focal: não há um tamanho fixo ideal; cada caso deve ser avaliado pelo próprio pesquisador e qual deve ser o número de integrantes adequado ao desenho geral da pesquisa. Algumas variáveis que podem influir no recrutamento para composição do grupo são: o fato de serem pagos ou não para participar, qual o local da reunião do grupo para a coleta dos dados, e quem são os participantes. Qualquer que seja a situação, recomenda-se selecionar um número de integrantes maior que o idealmente necessário. A regra comum é recrutar, em média, 20% a mais, considerando as eventuais ausências dos integrantes selecionados.

Morgan (1997) considera uma variação de 6 a 10 integrantes, alertando que abaixo de 6 pode ser difícil sustentar uma discussão e acima de 10 pode ser difícil controlar uma discussão. Observa-se, no entanto, que mesmo essa definição de 6 a 10 não é obrigatoriamente a ideal. É o próprio pesquisador que terá de usar sua capacidade de discernimento e avaliar momentos ou situações para alteração dos quadros definidos tecnicamente. Não há necessidade de o pesquisador aprisionar-se dentro de limites estipulados sob uma perspectiva técnica ideal. Para alguns tópicos, tais como aqueles em que os participantes têm um nível relativamente alto ou relativamente baixo de compreensão ou envolvimento, poderá haver uma alteração na composição numérica para menos de 6 ou mais de 10 integrantes do grupo (MORGAN, 1997).

No grupo focal, também está prevista a presença do observador, com a função de registrar os aspectos não verbais e a dinâmica de interação entre os participantes, complementando o registro sistematizado por meio de gravações, com consentimento dos integrantes. No final da sessão, o observador pode ajudar o coordenador a elaborar a síntese do encontro (MORGAN, 1997).

A duração dos encontros tem sido definida em torno de 1 hora a 1 hora e meia para cada sessão (CARLINI-COTRIN, 1996; MINAYO, 1993).

A determinação do número de encontros, assim como do número de grupos, depende, basicamente, da quantidade e qualidade dos dados produzidos (MORGAN, 1997).

A constituição do grupo focal

Após o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde de Serrana para a realização da investigação e a aprovação do Comitê de Ética da EERP-USP (ANEXO E) para a realização do grupo focal para complementação dos resultados, primeiramente realizamos contato telefônico com as respectivas mães que participaram das entrevistas semiestruturadas. Foi realizado este contato com as 39 mães que participaram das entrevistas, sendo que, destas, 20 aceitaram participar do grupo focal. Neste contato adiantávamos o assunto dizendo que se tratava da realização de uma pesquisa e para tal gostaríamos de ter um encontro pessoal. Contudo achamos cabível ir ao domicílio para confirmar a participação delas, na mesma semana que ocorreria o grupo. Foram entregues “convites” com data e horário do grupo como forma de lembrete.

Contudo, das 20 mães que aceitaram participar do grupo por meio do contato telefônico, 10 confirmaram a presença no dia da visita domiciliar realizada pela pesquisadora. As mães que recusaram participar alegaram motivos de trabalho e outros particulares. Dessa forma, o grupo de participantes ficou composto por 10 mães.

Foi assegurado a todas as mães transporte até a UBS, onde foi realizado o grupo focal, assim como o transporte de retorno para seus domicílios. Este recurso foi fundamental para evitar possíveis atrasos e ausências.

A UBS escolhida para a realização do grupo foi definida com base em questões adequadas de infraestrutura, ou seja, disposição de sala com cadeiras, móveis individuais permitindo distribuir as mães em círculo, instalação para gravação, boas condições de iluminação e ventilação, privacidade, além da forma acolhedora que os trabalhadores da instituição recebem as pessoas que lá frequentam.

No dia do grupo focal, foi necessária a presença de funcionários da Secretaria Municipal da Saúde de Serrana para garantir a recreação dos filhos trazidos pelas mães, que já estavam, neste momento da pesquisa, com 1 ano de vida ou mais. Esta estratégia foi fundamental para a promoção de um ambiente mais tranquilo e acolhedor para as mães.

O desenvolvimento do grupo

Adotamos a duração de 1 hora e meia, prevendo um tempo para apresentação e o estabelecimento de um ambiente mais agradável e mais favorável para a interação das integrantes. O início do grupo se deu às 9:30 horas e o término às 11:00 horas.

Na sala destinada ao encontro, dispúnhamos de cadeiras individuais, dispostas em forma de círculo, onde foi possível acomodar as integrantes. Para procedermos à gravação, providenciamos três aparelhos os quais foram dispostos em três pontos distintos da sala, possibilitando uma cobertura uniforme dos pontos onde se encontravam as integrantes da pesquisa.

A coordenação do grupo focal ficou sob responsabilidade da orientadora deste estudo, que além da temática também possui formação para trabalho de grupo e já coordenou vários grupos do tipo grupo focal.

Na apresentação as duas observadoras do grupo, sendo uma a pesquisadora e a outra, uma enfermeira pós-graduanda da EERP-USP, além da apresentação pessoal explicaram suas atribuições, esclarecendo que não teriam nenhuma participação verbal, permanecendo o tempo todo, com a tarefa de realizar os registros dos acontecimentos do grupo, tais como: falas, silêncios, atrasos, interrupções, gestos, barulhos que pudessem ocorrer, conversas paralelas; esclarecendo que esse registro não tinha a finalidade de controle, mas todos os acontecimentos são importantes para se entender o processo grupal, mesmo que se trate de fatos externos ao ambiente e que as anotações seriam sigilosas e destruídas, após o término da pesquisa.

No momento do grupo, foi explicado sobre a temática da pesquisa e o método de coleta de dados. Por uma questão ética, asseguramos o sigilo dos dados.

Em contato anterior, havíamos explicado sobre o TCLE, em relação à participação naquele grupo, portanto, neste momento entregamos e as mães os

assinaram (APÊNDICE D). Nesse momento reafirmamos que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EERP-USP.

Foi estabelecido um roteiro norteador de questões para que o coordenador e o observador/pesquisador do grupo tivessem às mãos, caso fosse necessário conduzir o grupo nos tópicos a serem discutidos (APÊNDICE C), sendo que, no desenvolvimento da discussão, os tópicos previstos nas referidas questões foram sendo manifestados pelas integrantes. A participação em termos de expor opiniões, relatar suas experiências e sentimentos fluiu com facilidade. Este processo, certamente, exigiu do coordenador muita atenção para que os assuntos relativos às distintas experiências vividas com a prática do AM não tomassem conta totalmente da sessão, sendo que, em alguns momentos, foi necessário retomar e focar a discussão em aspectos relevantes da temática que vinha sendo discutida por perceber que não se haviam esgotado os pontos de interesse da pesquisa, e outros aspectos de experiências pessoais estavam sendo expostos.

Logo a seguir, a equipe da pesquisa, coordenador e as observadoras trabalharam na síntese do grupo e na transcrição das gravações.

5.4.3 Análise dos dados

Os dados empíricos, tanto das entrevistas semiestruturadas como do grupo focal, foram gravados e transcritos *ipsis litteris*, observando-se a fidedignidade da fala dos participantes bem como a privacidade de informações, que receberam os códigos E1, E2, E3, referentes às entrevistas e G1, G2, G3 referente ao grupo focal, de acordo com a ordem cronológica que apareceu nos depoimentos.

Vale destacar que os nomes apresentados nos discursos são fictícios e os fragmentos destacados em **negrito** são grifos nossos, pois destaca a essência do fragmento e facilita a análise do conteúdo.

A análise qualitativa dos depoimentos das mulheres deste estudo, tanto das entrevistas como do grupo focal, foi pautada na Análise Temática (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007) inspirada na análise de Conteúdo de Bardin (1979), que compreende o tema como a unidade de significação do material analisado e pode ser recortado em idéias constituintes em enunciados ou em proposições

portadoras de significações isoláveis. Segundo o autor a análise de conteúdo é conceituada como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

Nesse sentido, ao recorrermos a Análise Temática (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007), estamos nos pautando em uma técnica de análise de comunicação que visa a obter aspectos significativos e inferenciais dos conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens, por meio de procedimentos ordenados e objetivos para a descrição do conteúdo destas mensagens. A Análise Temática parte de uma leitura de primeiro plano para alcançar um nível mais profundo que ultrapasse os significados manifestos e latentes do material empírico, e descobre-se os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tem um significado para o objeto analisado. Geralmente faz parte de seu contexto de análise relacionar estruturas semânticas com estruturas sociológicas dos enunciados (MINAYO, 2004).

É considerada uma das técnicas mais adequadas à investigação qualitativa em saúde, por utilizar o tema como unidade de registro, para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, entre outras (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007).

Dessa forma, pautando-se na Análise Temática, seguimos a seguinte trajetória que consiste em três etapas (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007):

- **Primeira etapa:** refere-se à organização sistemática da pesquisa, onde se realiza leituras cuidadosas acerca do assunto. Trata-se de uma leitura de primeiro plano para atingir níveis mais profundos. Por meio da leitura busca-se: (a) ter uma visão de conjunto; (b) apreender as particularidades do conjunto do material a ser analisado; (c) elaborar pressupostos iniciais para delimitar os objetivos, a análise e a interpretação do material; (d) determinar os conceitos teóricos que orientarão a análise.
- **Segunda etapa:** trata-se da análise propriamente dita. Nesse momento, procura-se: (a) classificar e agregar os dados; (b) fazer uma leitura dialogando com as partes dos textos da análise, em cada classe; (c) identificar, por meio

das inferências, os *núcleos de sentido* apontados pelas partes dos textos em cada classificação; (d) dialogar os *núcleos de sentido* com os pressupostos iniciais e, se necessário, realizar outros pressupostos; (e) analisar os diferentes *núcleos de sentido* presentes nas várias classes do esquema de classificação para buscar temáticas mais amplas; (f) reagrupar as partes dos textos por temas encontrados; (g) elaborar uma redação por tema, de modo a articular os sentidos dos textos com os conceitos teóricos que orientam a análise. Nessa fase podem-se intercalar partes do texto da análise com as conclusões do pesquisador, dados de outros estudos e conceitos teóricos.

- **Terceira etapa:** permite validar as informações obtidas nas fases anteriores, tornando possível ao pesquisador propor inferências, realizar interpretações relacionadas com o quadro teórico e com os objetivos do trabalho, utilizar os resultados da análise para fins teóricos, como também apontar orientações para novas análises.

Ao percorrermos estas etapas propostas por Minayo, Deslandes e Gomes (2007), na presente investigação, obtivemos, na **primeira etapa**, uma extensiva revisão da literatura, participamos também de eventos relacionados ao AM, ABS e saúde materno-infantil. A partir de então, elaboramos o projeto de pesquisa com definição do objeto, dos objetivos, dos pressupostos e do percurso metodológico a ser adotado.

A construção do instrumento de coleta de dados foi embasada nos objetivos propostos, na nossa experiência como profissionais da área materno-infantil e na definição do problema.

A **segunda etapa** foi constituída pela organização dos dados, com leitura cuidadosa dos depoimentos das entrevistas e do grupo focal, tomando sempre como base os objetivos da pesquisa e a literatura estudada que nortearam a investigação. Na codificação, levantamos temas que foram explorados durante o dialogo com os sujeitos da pesquisa.

Em seguida, na **terceira etapa**, articulamos os conteúdos convergentes, divergentes e que se repetiam, recortando os extratos das falas em cada um dos temas levantados. Esta organização permitiu configurar **três Unidades Temáticas**, a partir do conjunto dos relatos das entrevistas, sendo elas: **Interface dos aspectos facilitadores e dificultadores, Aspectos facilitadores e Aspectos dificultadores**, sendo estas subdivididas, compondo os subtemas ou categorias empíricas.

Na Unidade Temática, consideramos as diferentes formas de expressão verbal, valorizando as convergências e as divergências das falas dos sujeitos da pesquisa, com relação ao objeto de estudo. Foi necessário imergir na dimensão subjetiva dos conteúdos manifestos. Concomitantemente, procuramos aprofundar a reflexão dos discursos com a teoria, buscando desvendar “o conteúdo latente” que eles possuem, não se prendendo ao “conteúdo manifesto”, o que pode possibilitar, segundo Triviños (1992), descobrir ideologias, tendências, etc., das características dos fenômenos sociais.

As unidades temáticas deste estudo foram complementadas pelos depoimentos das mães participantes do grupo focal, permitindo maior esclarecimento dos resultados.

No próximo capítulo, apresentaremos o produto dessa etapa metodológica.

5.5 Aspectos éticos

Após a aprovação pelo secretário da saúde do município, a pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, com base nas normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), presentes nas Resoluções do CNS 196/96, sendo aprovada conforme ofício CEP-EERP/USP, número 131/2009, de 18 de junho de 2009 (ANEXO B).

Na primeira etapa deste estudo, as mães ou os responsáveis foram convidados e informados verbalmente sobre a pesquisa, solicitou-se o consentimento verbal para aplicação dos questionários e, posteriormente, foram entregues filipetas com o nome e telefone para contato dos pesquisadores. Este procedimento foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (ANEXO C). A justificativa para a não aplicação, às mães ou responsáveis, do TCLE por escrito nesta etapa, foi em face da estratégia adotada, de aplicação de um questionário rápido, para não interferir no trabalho da equipe de vacinação. Este método é preconizado pelo Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo – SP e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo – USP e pelo CONEP - Resolução CNS 196/96, ofício COEP número 181/2001 de 19 de setembro de 2001 (ANEXO D).

No desenvolvimento da segunda etapa da pesquisa, observamos a necessidade da realização de um grupo focal para a complementação dos dados, com uma amostra das mulheres que participaram das entrevistas semiestruturadas. Esta complementação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (ANEXO E).

A pesquisa foi desenvolvida dentro dos padrões éticos, respeitando a dignidade humana. Assim, o respeito à autonomia dos sujeitos deste estudo, prerrogativa da pesquisa envolvendo seres humanos, se fez presente na forma do TCLE. Consta nos TCLEs (APÊNDICE B e APÊNDICE D) utilizados para a realização das entrevistas semiestruturadas e para o grupo focal, respectivamente, os procedimentos da pesquisa e os parâmetros de segurança para os usuários participantes, ficando uma via assinada com os pesquisadores e outra via com o usuário. Garantiram-se aos participantes, o sigilo das informações, a voluntariedade na participação e a possibilidade de interromper o preenchimento do instrumento a qualquer momento, sem penalidade alguma ou prejuízo ao seu atendimento nos serviços de saúde. Este estudo não incorreu em nenhum risco de caráter físico ou psicológico ao usuário, estando o mesmo livre para optar em participar ou não da pesquisa.

O retorno social da pesquisa vem ocorrendo sob a forma de divulgação dos resultados, com o qual os autores se comprometem, por meio de publicação em periódicos, eventos e outros meios julgados pertinentes.

6 Resultados e Discussão

6.1 Primeira Etapa – Resultados Quantitativos

6.1.1 Prevalências do AME, AMP e AM em crianças menores de 6 meses de vida

Adotando-se um nível de significância de 0,05 ($\alpha = 0,05$), como nos demais estudos aqui citados, o número de sujeitos remete ao poder do teste, ou seja, à probabilidade de se detectarem associações caso estas existam, igual a 0,95 ($(1 - \beta) = 0,95$)⁹.

A tabela abaixo apresenta os valores das prevalências do AME, AMP e AM no grupo de crianças estudadas, com idades inferiores a 6 meses.

Tabela 1 - Prevalências do AME, AMP e AM em crianças menores de 6 meses (n=275), Serrana – SP, 2009

	Aleitamento Exclusivo		Aleitamento Predominante		Aleitamento Materno	
	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	82	29,8	51	18,5	227	82,8
Não	193	70,2	224	81,5	47	17,2
Total	275	100	275	100	274	100

Ausência de informação: 1 criança (AM)

Considerando os indicadores de AME, AMP e AM, verificamos entre as crianças menores de 6 meses as seguintes prevalências 29,8%, 18,5% e 82,8%, respectivamente.

Considerando que a prática do AME é recomendada pelas Nações Unidas, até a idade de 6 meses (OMS, 2003), podemos assinalar que este indicador na cidade de Serrana está muito aquém do preconizado. Esta tendência ao desmame precoce também foi verificada em um estudo realizado pelo Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo – SP¹⁰ em 2009, com uma amostra de 41

⁹ <<http://www.danielsoper.com/statcalc/calc01.aspx>>. Acesso em: fev. 2011.

¹⁰ Informação fornecida pelo Projeto AMAMUNIC do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo – SP em 2010. Dados não publicados.

municípios do estado de São Paulo que apresentou uma prevalência de AME em crianças menores que 6 meses igual a 33,9%.

Outros estudos relacionados à prevalência do AME também identificam o descompasso dessa prática. Gomes (2005) identificou a prevalência do AME em um município da região Sul do Brasil, de 37,3%. A pesquisa nacional de prevalência do AM evidenciou que a prevalência do AME em 2008 foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras e no Distrito Federal (BRASIL, 2009a).

A análise dos motivos que provocam este declínio da amamentação exclusiva é complexa. Alguns fatores relacionados com a falta de apoio governamental, dos profissionais de saúde, das famílias e da comunidade, podem se constituir em potencializadores para o declínio dessa prática. Contudo, atualmente, atributos da ABS como a longitudinalidade e a integralidade da assistência têm potência para estabelecer uma “parceria sustentada” entre usuários e profissionais da saúde, como ressaltava Starfield (2002), na qual o usuário é tratado como uma pessoa completa, cujos valores e preferências são levados em consideração e, por intermédio desta relação, os profissionais passam a conhecer os usuários, e os usuários passam a conhecer os profissionais ao longo do tempo. Esta relação de proximidade é mais horizontalizada, favorece a continuidade do cuidado ao binômio mãe e filho, podendo levar ao aumento da prevalência do AME.

Algumas cidades do interior paulista, como Ribeirão Preto, Bauru, Botucatu, apresentaram, na última década, as seguintes prevalências de AME em menores de 6 meses: 21,3%, 24,2% e 29,6%, respectivamente (CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007; PARIZOTO et al., 2009; PEREIRA et al., 2004). Considerando esses resultados, a prevalência do AME em Serrana encontra-se superior às cidades citadas.

Vale destacar que a prevalência do AMP (18,5%), em Serrana, também foi superior à prevalência do AMP encontrada no estudo realizado pelo Projeto AMAMUNIC do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo – SP nos 41 municípios paulistas estudados em 2009, que correspondeu a 16,4%.

A idade média, em dias, das crianças menores de 6 meses que estavam recebendo leite materno exclusivo (n=82) foi de 60,6 dias, desvio padrão de 45,9 dias e mediana de 47,5 dias, mínimo 2 dias e máximo 178 dias, quartil 1 = 21,5 dias (25% das crianças menores de 6 meses em AME tinham menos de 21,5 dias), quartil 2 = mediana igual a 47,5 dias (50% das crianças menores de 6 meses em AME tinham menos de 47,5 dias) e quartil 3 = 94,7 dias (75% das crianças menores de 6

meses em AME tinham menos de 94,7 dias). Portanto, 25% restante das crianças menores de 6 meses em AME tinham entre 94,7 e 178 dias.

O valor do Coeficiente de Variação igual a 75,7%, revela alta variabilidade das idades de crianças menores de 6 meses em AME, assinalando a inexistência de um padrão de comportamento com esta prática, entretanto, a mediana de 47,5 dias revela que 41 crianças (50%) deixaram de estar em AME com aproximadamente 48 dias, ou seja, 50% das crianças já não recebiam leite materno exclusivo antes de 2 meses de vida.

A mediana do AME deste estudo está próximo ao encontrado na Pesquisa Nacional de Aleitamento Materno (BRASIL, 2009a) cujo valor foi de 54 dias no conjunto das capitais brasileiras e do Distrito Federal.

A Figura 3 apresenta os valores do AME segundo idade (dias) das crianças menores de 6 meses de vida.

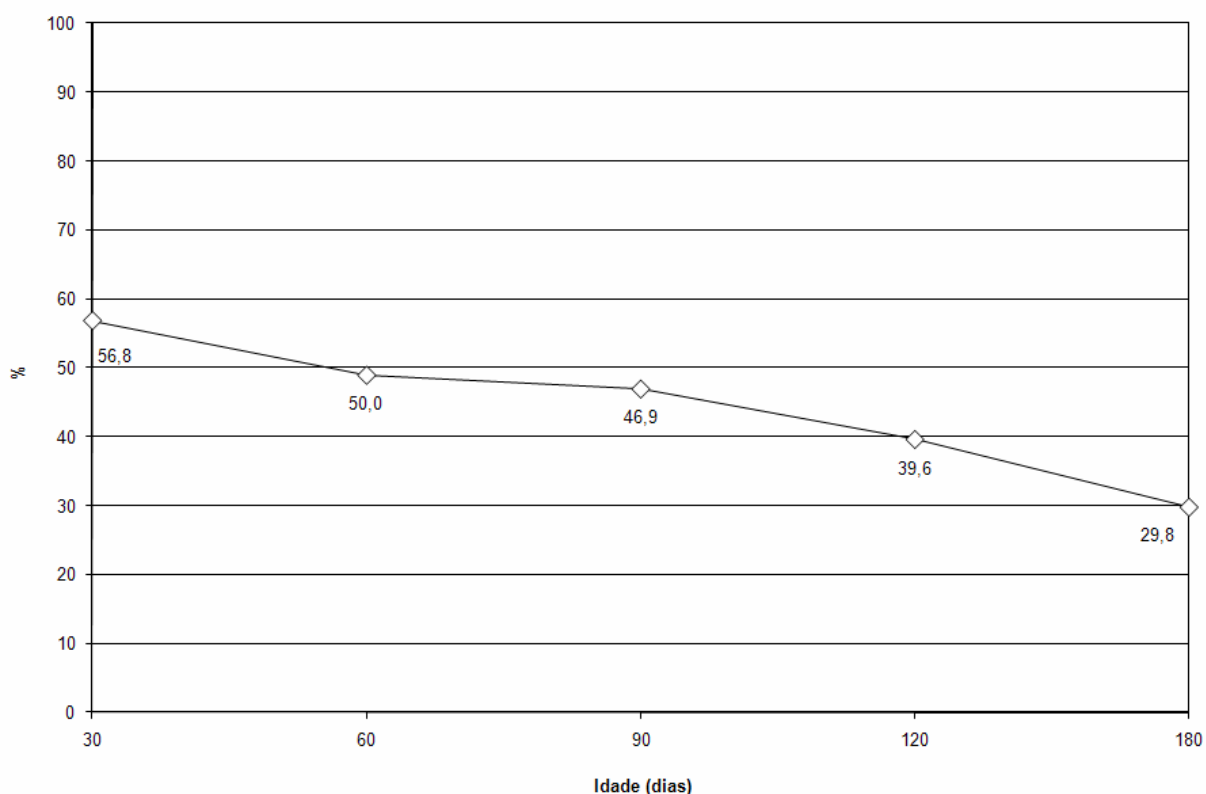


Figura 3 - Valores das prevalências do AME, segundo idade (dias), das crianças menores de seis meses. Serrana, 2009

Esses resultados corroboram outro estudo de prevalência do AME realizado em duas capitais brasileiras: Florianópolis e João Pessoa (KITOKO et al., 2000). Verifica-se um declive do AME logo nos primeiros dias de vida, o que confirma a importância de propostas de estratégias de intervenção visando à melhora deste indicador.

Apesar de não se constituir em objetivo deste estudo, foi possível identificar o valor para prevalência do AME, na primeira hora de vida, nas crianças estudadas com idade inferior a 6 meses. Estes dados encontram-se expostos na Tabela 2 abaixo.

Tabela 2 - Prevalência do AME, na primeira hora de vida, nas crianças estudadas com idade inferior à 6 meses (n=275) Serrana – SP, 2009

AME	nº	Prevalência (%)
Sim	151	60,9
Não	97	39,1
Total	248	100

Ausência de informação: 27 crianças

É possível observar que a maioria das crianças estudadas (60,9%) recebeu exclusivamente leite materno na primeira hora de vida.

Pesquisa nacional sobre demografia e saúde da criança e da mulher (BRASIL, 2008b) evidenciou que, na região Sudeste, 37,7% das crianças eram amamentadas na primeira hora de vida. Já na pesquisa de prevalência de AM nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (BRASIL, 2009a), esta prevalência correspondeu a 67,7%.

Esses resultados assinalam que as maternidades podem estar aderindo à prática de incentivar a mãe a oferecer o seio materno o mais precoce possível, podendo ainda ser em sala de parto.

Por outro lado, o resultado do presente estudo indica que 39,1% das crianças estudadas não receberam leite materno na primeira hora de vida. Este achado merece investigação específica para se identificarem as causas que impedem a oferta exclusiva do leite materno logo após o nascimento.

É importante destacar que uma das formas para aumentar este índice é a capacitação profissional, oportunizando que estes desenvolvam competências e habilidades em AM para realizar intervenções adequadas e superar as possíveis barreiras à amamentação, inclusive na sala de parto. A implantação de políticas institucionais e públicas, como a IHAC, que promovam a prática da amamentação, na primeira hora de vida neonatal, vem sendo uma das estratégias.

A abordagem às mulheres quanto à amamentação, na primeira hora de vida do bebê, deve se proceder de modo contínuo e ser iniciada no pré-natal; e ainda abordar precocemente na maternidade as questões desta prática, trabalhar com a mãe no sentido de empoderá-la para solicitar que a amamentação possa ser iniciada ainda na sala de parto, respeitando sempre a singularidade e a diversidade sociocultural de cada mulher.

Na Tabela 3, está apresentado o valor para prevalência do AME, no primeiro dia em casa, no grupo das crianças estudadas com idades inferiores a 4 meses.

Segundo o método AMAMUNIC (SÃO PAULO, 2009), a probabilidade de as mães ou responsáveis se lembrarem do que a criança ingeriu no primeiro dia em casa é maior entre as mães de crianças menores de 4 meses.

Tabela 3 - Prevalência do AME, no primeiro dia em casa, em crianças menores de 4 meses (n=182), Serrana – SP, 2009

AME	nº	Prevalência (%)
Sim	127	79,9
Não	32	20,1
Total	159	100

Ausência de informação: 23 crianças

Dentre as crianças menores de 4 meses, a maioria, 79,9%, estava em AME no primeiro dia em casa, sendo que 20,1% das crianças recebiam outro tipo de alimento já no primeiro dia em casa o que pode predispor que não houve adesão desta prática de maneira tão eficaz.

Foi identificado que, no município de Serrana, em situações sem intercorrências, o binômio mãe e filho está em casa no período entre 24 e 48 horas (BRASIL, 2009c). Contudo o instrumento de coleta de dados utilizado nesta

pesquisa não permite identificar situações que revelem a permanência da criança no hospital e que podem acarretar seu retorno para casa tardiamente. Sendo assim, os 20% encontrados podem referir-se tanto a situações de desmame em casa como à permanência da criança no hospital.

Esse resultado sinaliza a necessidade do monitoramento da alta hospitalar, por meio de estratégias de comunicação entre a maternidade e as UBSs e ESFs como proposta de obter a continuidade do cuidado com vistas à integralidade. Esta comunicação entre os serviços de saúde é fundamental, uma vez que a mãe possa estar em uma condição que necessite de cuidados especiais, além de dificuldades com a amamentação.

Esta estratégia de comunicação pode ser instituída a partir da interlocução entre a maternidade e os serviços da rede de ABS, para o agendamento das visitas domiciliares e/ou agendamento precoce de consulta do binômio mãe e filho nas unidades de saúde, na primeira semana de vida do RN. Ademais, pode-se selecionar, no pré-natal, situações que sejam necessárias à visita domiciliar e/ou ao agendamento precoce de consulta, na unidade de saúde, nos primeiros dias de vida do RN. Essas situações podem ser direcionadas para as mães adolescentes, mães com idade acima de 35 anos, mães que revelem experiências traumáticas em situações anteriores na prática do AM e outras identificadas pelos profissionais (BRASIL, 2009b; FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

6.1.2 Fatores associados ao desmame precoce em crianças menores de 6 meses de vida

Conforme apresentado no capítulo 3 que trata sobre o método, para análise dos fatores de risco associados ao desmame precoce em crianças menores de 6 meses, foram consideradas as variáveis de serviços de saúde (tipo de serviço de puericultura: público e privado e nascimento em Hospital Amigo da Criança (HAC)), variáveis infantis (tipo de parto, peso ao nascer e uso de chupeta) e variáveis maternas (idade, primiparidade, escolaridade e trabalho atual).

As Tabelas 4 a 6 apresentam a caracterização das crianças segundo as variáveis estudadas e os resultados da análise univariada segundo AME e cada um dos fatores associados.

Tabela 4 - Análise univariada dos fatores de serviços de saúde associados à interrupção do AME em crianças menores de 6 meses, Serrana – SP, 2009

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo						OR	IC (95%)	p
	Sim		Não		Total				
	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%			
Serviço de Puericultura									
UBS (Rede Pública)	46	28,9	113	71,1	159	100	1,000		
Particular ou Convênio	29	30,5	66	69,5	95	100	1,079	0,620-1,880	0,898
Outros*	5	38,5	8	61,5	13	100			
Total	80	30,0	187	70,0	267	100			
Nasceu em HAC									
Sim	5	26,3	14	73,7	19	100	1,000		
Não	75	30,5	171	69,5	246	100	1,229	0,427 –3,534	0,903
Total	80	30,2	185	69,8	265	100			

Serviço de Puericultura – Ausência de informação: 8 crianças

Nasceu em Hospital Amigo da Criança – Ausência de informação: 10 crianças

PSF/PACS: nenhuma observação

*Categoria “Outros” não incluída no cálculo do ODDS

Em relação à variável Serviço de Puericultura, não houve associação entre desmame e o tipo de serviço, excluída a categoria “outros”, (OR = 1,079; IC 95%: 0,620; 1,880; p = 0,898). A categoria “outros” refere-se a outros serviços públicos de saúde, como, por exemplo, ambulatórios de hospitais, segundo o método AMAMUNIC (SÃO PAULO, 2009) e a mesma não foi considerada devido ao número reduzido de respostas obtidas.

Visto o elevado valor para o desmame em ambos os serviços, este resultado aponta que, no desempenho entre o serviço público e o privado, no que diz respeito à prática do AME no município estudado, ambos precisam desenvolver atividades para

implantar e/ou implementar ações pró- amamentação. O estudo de França et al. (2007), sobre os determinantes da amamentação, revelou que as crianças usuárias do serviço privado de saúde apresentaram maior chance de não estarem sendo amamentadas, quando comparadas àquelas que eram atendidas na rede pública.

O tipo de hospital onde se deu o nascimento da criança também não apresentou associação com o desmame (OR = 1,229; IC 95%: 0,427; 3,534; p = 0,903). A maternidade do município estudado não se constitui em HAC. Assim as crianças integrantes desta pesquisa que nasceram em maternidades HAC fora do município podem ter origem de diversos locais, embora residam na cidade. As elevadas taxas de desmame precoce mostram que os investimentos financeiros, o empenho e o estímulo estabelecidos nas diretrizes políticas para a implantação da IHAC, com vistas ao incentivo e apoio ao AM, durante a o período hospitalar, podem não ter sido suficientes para promover a continuidade desta prática entre as mães desta pesquisa. Entretanto, visto não ser esse um dos objetivos do presente estudo, propõe-se e destaca-se a importância de investigações futuras a esse respeito nessa população.

Contudo, é preciso ressaltar as evidências científicas do fator de proteção de hospitais com IHAC para o AME. Venâncio et al. (2002), em seu estudo sobre os determinantes do AM, mostraram que o nascimento da criança em um município que tem pelo menos um HAC tem associação significativa com o AME, o que leva à hipótese de que o hospital com IHAC pode ser disseminador de ações de incentivo à amamentação. Silva et al. (2007) também revelam que o nascimento em HAC é um fator de proteção para o AME, pois as crianças que nascem em município sem HAC têm 2,2 vezes mais chance de receber outro alimento precocemente.

Vale ressaltar que, os esforços da IHAC de modo isolado, não são suficientes para combatermos o desmame precoce, é preciso que os serviços de maternidade e a rede básica de saúde se integrem e articulem visando que os profissionais de ambos os locais troquem informações a respeito da situação da mãe e/ou da criança com vistas a promover ações que possam apoiar as nutrizes a superarem possíveis dificuldades e desta forma potencializarem o incentivo à amamentação também fora do hospital, principalmente no ambiente familiar da sua casa. Os diferentes serviços, ao terem essa preocupação de atuarem num esforço comum, estarão operando com o princípio da coordenação da atenção, como nos alerta Starfield que sem este princípio da ABS *“a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade*

seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa” (STARFIELD, 2002, p. 365).

A tabela a seguir mostra a análise univariada dos fatores infantis e a interrupção do AME.

Tabela 5 - Análise univariada dos fatores infantis associados à interrupção do AME em crianças menores de 6 meses, Serrana – SP, 2009

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo						OR	IC (95%)	p
	Sim		Não		Total				
	nº	%	nº	%	nº	%			
Tipo de Parto									
Normal + Fórceps	32	27,6	84	72,4	116	100	1,000		
Cesárea	50	32,3	105	67,7	155	100	1,250	0,737 – 2,119	0,487
Total	82	30,3	189	69,7	271	100			
Peso ao nascer									
Peso normal	76	31,5	165	68,5	241	100	1,000		
Baixo peso	5	25,0	15	75,0	20	100	1,381	0,484; 3,937	0,722
Total	81	31,0	180	69,0	261	100			
Uso de chupeta									
Não	45	34,6	85	65,4	130	100	1,000		
Sim	37	26,1	105	73,9	142	100	1,499	0,893; 2,525	0,160
Total	82	30,1	190	69,9	272	100			

Tipo de parto – Ausência de informação: 4 crianças

Peso ao nascer – Ausência de informação: 14 crianças

Uso de chupeta – Ausência de informação: 3 crianças

O tipo de parto mostrou não ter associação com o desmame precoce (OR = 1,250; IC 95%: 0,737; 2,119; $p = 0,487$). A categoria “fórceps” apresentou um número muito reduzido e foi unida à categoria “parto normal” por ambas serem partos via vaginal.

Alguns estudos relacionados aos determinantes do AME também não mostraram haver associação desta prática com o tipo de parto (FRANÇA et al., 2007; LIMA; OSÓRIO, 2003; PARIZOTO et al., 2009), apesar da duração mediana do AME ser maior em crianças nascidas de parto normal quando comparadas às que foram submetidas ao parto cesariano (LIMA; OSÓRIO, 2003; FIGUEIREDO et al., 2004).

Entretanto, Figueiredo et al. (2004) mostraram que as crianças nascidas por cesariana apresentaram maior risco para o desmame, em razão talvez, dos possíveis fatores como a recuperação tardia da puérpera no pós-operatório, influência do tempo de hospitalização, dificultando o alojamento conjunto e o AM por livre demanda.

As variáveis peso ao nascer (OR = 1,381; IC 95% = 0,484; 3,937; $p = 0,722$) e uso de chupeta (OR = 1,499; IC 95%: 0,893; 2,525; $p = 0,160$) não mostram haver associação com o desmame precoce, porém o “uso de chupeta” foi considerado possível fator de confusão, com valor de significância inferior a 0,20 no modelo univariado ($p = 0,160$).

Vale ressaltar que a prática do uso da chupeta tem apresentado efeito negativo sobre a duração do AME em alguns estudos científicos. Howard et al. (2003), em ensaio clínico randomizado, concluíram que as mães que oferecem chupeta aos seus filhos provavelmente amamentam com menos frequência e apresentam maior probabilidade de desmamarem precocemente, quando comparadas às mães que não oferecem chupeta aos seus filhos. Em estudo realizado no estado de São Paulo, encontrou-se associação significativa entre o uso de chupeta e a interrupção do AME, com chance de 3,26 maior para o desmame precoce (COTRIM; VENÂNCIO; ESCUDER, 2002). França et al. (2007) e Parizotto et al. (2009) também demonstraram, em estudos transversais, que o uso da chupeta é o principal fator para risco das crianças menores de 6 meses abandonarem o AME, com risco de 3,27 e de 2,03, respectivamente.

Em relação à variável peso ao nascer, assim como este estudo, outros também não encontram associação estatística do peso ao nascer com a duração do AME (LIMA; OSÓRIO, 2003; PARIZOTTO et al., 2009; VIEIRA et al., 2004). Entretanto, Victora et al. (2008) demonstraram, em um estudo na região Sul do Brasil, que as crianças nascidas de baixo peso apresentam menor duração de amamentação. Para os autores, a falta de informação e suporte pelos profissionais de saúde após o parto é um dos obstáculos para o sucesso do AM nessas crianças.

A seguir a tabela 6, demonstra a análise univariada dos fatores maternos associados ao desmame precoce.

Tabela 6 - Análise univariada dos fatores maternos associados à interrupção do AME em crianças menores de 6 meses, Serrana – SP, 2009

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo						OR	IC (95%)	p
	Sim		Não		Total				
	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%			
Idade Materna (anos)									
≥ 20	69	36,5	120	63,5	189	100	1,000		
< 20	10	19,6	41	80,4	51	100	2,358	1,111 - 5,000	0,035*
Total	79	32,9	161	67,1	240	100			
Primípara									
Não	45	35,7	81	64,3	126	100	1,000		
Sim	33	29,5	79	70,5	112	100	1,329	0,770 - 2,294	0,375
Total	78	32,8	160	67,2	238	100			
Escolaridade									
Ensino Médio e/ou superior	47	35,3	86	64,7	133	100	1,000		
Até ensino fundamental	30	28,6	75	71,4	105	100	1,366	0,786 - 2,375	0,333
Total	77	32,4	161	67,6	238	100			
Trabalho atual									
Trabalha fora com licença-maternidade	28	52,8	25	47,2	53	100	1,000		
Trabalha fora sem licença-maternidade	7	21,9	25	78,1	32	100	4,000	1,476-10,837	0,01**
Não trabalha fora	44	28,4	111	71,6	155	100	2,825	1,486-5,376	0,002**
Total	79	32,9	161	67,1	240	100			

Idade Materna: Ausência de informação: 4 crianças

Primiparidade: Ausência de informação: 6 crianças

* 0,01 < p ≤ 0,05

** p ≤ 0,01

Escolaridade: Ausência de informação: 6 crianças

Trabalho atual: Ausência de informação: 4 crianças

A categoria da variável idade materna menor que 20 anos apresentou associação com o desmame precoce (OR = 2,358; IC 95%: 1,111; 5,000; p = 0,035).

Outros estudos também revelaram que mães com idade superior a 20 anos amamentam exclusivamente por mais tempo seus filhos (BRASIL, 2009a; CAMINHA et al., 2010; GIGANTE; VICTORA; BARROS, 2000; FRANÇA et al., 2007; VENÂNCIO et al., 2002), o que leva a supor que as mães com mais idade possuem mais experiência (por já terem vivenciado o processo de amamentação com outros filhos) ou mais maturidade com relação aos cuidados na alimentação da criança. A prevenção da gravidez na adolescência torna-se assim, indiscutível, tendo em vista a complexidade desta fase da vida, e somada à complexidade do processo do AM torna a situação – adolescência e AM – um desafio ainda maior.

Já a categoria de variável primiparidade não apresentou associação com o desmame (OR = 1,329; IC 95%: 0,770; 2,294; p = 0,375). Este resultado corrobora Parizotto et al. (2009), em pesquisa sobre determinantes do AME no município de Bauru-SP, onde também evidenciaram não haver associação entre o desmame e a primiparidade. Contudo alguns autores apontam o efeito significativo da multiparidade sobre a prevalência da amamentação, onde as mulheres múltiparas são as que amamentam seus filhos por mais tempo (FRANÇA et al., 2007; GIGANTE; VICTORA; BARROS, 2000; VENÂNCIO et al., 2002; VIEIRA et al., 2004).

Os fatores culturais que favorecem a introdução de chás, água e outros alimentos na alimentação de crianças amamentadas provavelmente têm maior impacto no primeiro parto (VIEIRA et al., 2004). Dessa maneira o olhar atento da equipe de saúde para as mulheres primíparas, aliado à educação de pré-natal qualificada fundamentada em uma escuta ampliada, se configura em estratégias a fim de capacitá-las e empoderá-las para que resistam às pressões sociais do desmame.

Em relação à categoria de variável escolaridade materna, categorizada em “até ensino fundamental” e “ensino médio e/ou superior” não apresentou associação com a interrupção do AME (OR = 1,366; IC 95%: 0,786, 2,375; p = 0,333).

Na população estudada desta pesquisa, o nível de escolaridade da mãe não se relacionou de forma significativa com a prática do AME. Este resultado corrobora os achados de outras pesquisas sobre os determinantes do AME (GIGANTE; VICTORA; BARROS, 2000; LIMA; OSÓRIO, 2003; PARIZOTTO et al., 2009; VIEIRA et al., 2004). No entanto, outros estudos demonstram que a interrupção do AME em crianças menores de 6 meses está associada ao baixo nível de escolaridade materna (CAMINHA et al., 2010; FRANÇA et al., 2007; VENÂNCIO et al., 2002). O grau de instrução da mulher mais elevado parece ser um fator preditivo de sucesso da prática

da amamentação exclusiva, o que pode estar relacionado ao aumento da autoconfiança materna diante dos problemas e desconfortos da prática de amamentar, atrelada à maior possibilidade de receber informações acerca dos benefícios da amamentação, o que gera menor influência externa e a mãe passa a rejeitar práticas que, comprovadas cientificamente, prejudicam o processo de amamentação (FRANÇA et al., 2007).

Observamos que as mães que trabalham fora sem licença-maternidade e as mães que não trabalham fora apresentam mais chance de não amamentarem exclusivamente seus filhos do que as mães que trabalham fora e possuem licença-maternidade (OR = 4,000; IC 95%: 1,476; 10,837 p = 0,01) e (OR = 2,825; IC 95%: 1,486; 5,376; p = 0,002), respectivamente. Neste caso o risco associado à categoria “trabalha fora sem licença-maternidade” e “não trabalha fora” merece uma investigação específica para evidenciar os motivos deste risco cabendo uma das hipóteses de que muitas mães provavelmente realizam trabalhos eventuais, sem registro em carteira de trabalho, ou mesmo, no interior de seu domicílio, o que não lhes confere o direito à licença-maternidade.

Em 2009, a pesquisa nacional de AM (BRASIL, 2009a) também evidenciou que a licença-maternidade é um fator de proteção para o AME. Contudo são poucos os estudos transversais que trazem a licença-maternidade como fator de proteção para o AME em crianças menores de 6 meses de vida. Venâncio et al. (2002) evidenciaram que o trabalho materno não apresentou significância para a interrupção da amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida, ao passo que, em menores de 1 ano, o trabalho informal da mãe e o desemprego influenciaram o desmame precoce, talvez pelo fato de a mulher estar desprovida de licença-maternidade. Para França et al. (2007) e Vieira et al. (2004), o fato de a mãe trabalhar fora do lar também não esteve associado ao desmame precoce em crianças menores de 6 meses de vida. Para Silva (1990), não é o trabalho fora do lar que oferece risco para o desmame, mas sim as condições sociais a que a mulher está submetida no trabalho. Assim pode-se levantar a hipótese de que os resultados encontrados por França et al. (2007) e Vieira et al. (2004) podem sinalizar melhores condições sociais de trabalho. Dessa forma estudos que possibilitem identificar as condições de trabalho em que a nutriz se encontra merecem ser realizados.

Os fatores associados ao desmame precoce identificados na análise univariada foram considerados para a realização da **análise multivariada (regressão logística)**, portanto foram considerados: “idade materna menor que 20 anos”, “trabalhar fora sem licença-maternidade”, “não trabalhar fora” cujos valores de significância foram

inferiores a 0,05, e como fator de confusão “uso de chupeta” cujo valor de significância foi inferior a 0,20. A tabela a seguir apresenta as variáveis que permaneceram no modelo final ($p < 0,05$) e que estão associadas significativamente com o AME, de forma independente das demais variáveis analisadas.

Tabela 7- Regressão logística dos fatores associados à interrupção do AME em crianças menores de 6 meses, Serrana – SP, 2009

Variável	Categoria	OR Bruto	OR Ajustado	IC (OR ajustado)	P
Modelo 1					
Uso de Chupeta	Não	1,000	1,000	-	-
	Sim	1,499	1,063	0,608 – 1,859	0,831
Idade	≥ 20 anos	1,000	1,000	-	-
	< 20 anos	2,358	1,628	0,771 – 3,437	0,201
Trabalho atual	Trabalha fora com licença- maternidade	1,000	1,000	-	-
	Trabalha fora sem licença- maternidade	4,000	2,951	1,087 - 8,011	0,034
	Não trabalha fora	2,825	2,098	1,094 – 4,021	0,026
Modelo 2					
Idade	≥ 20 anos	1,000	1,000	-	-
	< 20 anos	2,358	1,635	0,775 – 3,449	0,197
Trabalho atual	Trabalha fora com licença- maternidade	1,000	1,000	-	-
	Trabalha fora sem licença- maternidade	4,000	2,965	1,093 – 8,041	0,033
	Não trabalha fora	2,825	2,110	1,103 – 4,036	0,024
Modelo 3					
Trabalho atual	Trabalha fora com licença- maternidade	1,000	1,000	-	-
	Trabalha fora sem licença- maternidade	4,000	3,079	1,139 – 8,321	0,027
	Não trabalha fora	2,825	2,265	1,195 – 4,296	0,012

Os dados do modelo final, quando relacionados a prática do AME da mãe que trabalha fora com licença-maternidade, revelam que as mulheres que trabalham fora sem licença-maternidade têm aproximadamente três vezes mais chance de interromperem o AME, e as mães que não trabalham fora apresentam aproximadamente duas vezes mais chance de desmamarem seus filhos precocemente.

Esses resultados nos remete que o trabalho da mulher com acesso à licença-maternidade permite a ela ter uma fonte de recurso financeiro o que pode proporcionar sentimentos de segurança e menor preocupação desta natureza, podendo ser um aspecto facilitador para a prática do AME.

6.2 Segunda Etapa – Resultados Qualitativos

Do ponto de vista da pesquisa científica, torna-se necessário que mais investigações qualitativas sejam efetivamente estimuladas e direcionadas especialmente para a ampliação do conhecimento em relação aos sentidos e significados atribuídos pela mulher à amamentação (CASTRO, 2006). Em razão da oportunidade de compreender a subjetividade dos problemas nos quais o sujeito humano, em sua complexa singularidade individual e coletiva, desempenha papel essencial.

Unidades Temáticas

Foram identificadas três Unidades Temáticas: **Interface entre aspectos facilitadores e dificultadores do AME, aspectos facilitadores e aspectos dificultadores**, como podemos observar no quadro a seguir:

UNIDADES TEMÁTICAS		
Interface entre aspectos facilitadores e dificultadores do AME	Aspectos facilitadores do AME	Aspectos dificultadores do AME
A prática profissional: promove apoio ou repulsão à amamentação?	A Estratégia da Saúde da Família: potência para promover mudança na prática de saúde e do aleitamento materno	Estresse - alguns dos seus componentes: - concepção de “leite fraco” e pouco leite; - o choro do bebê; - a dor relacionada à fissura mamilar - demora da descida do leite.
Interferência da família: Como está sendo esse “Apoio”?	Gostar de amamentar, ter experiência e paciência.	Trabalhar fora de casa e não ter direito a licença maternidade de 6 meses.
-	Acesso à informação, à boa alimentação e experiência prévia	-
-	Praticidade aliada à prevenção de doenças e gastos financeiros	-

Quadro 1- Categorização das unidades temáticas

6.2.1 Interface entre aspectos facilitadores e dificultadores

As experiências vivenciadas pelas mulheres participantes deste estudo revelaram que alguns fatores apresentam-se revestidos tanto de aspectos facilitadores, como também dificultadores para a prática do AM. Assim faremos uma apresentação dos resultados onde iremos discorrer essa interface, em seguida apresentaremos as unidades somente com os aspectos facilitadores e a outra somente com os dificultadores.

Anteriormente, vale ressaltar algumas considerações em relação ao modelo biomédico, tal como é em sua natureza restritiva, desprovido de um conceito holístico da saúde, que tem sido reconhecido como um dos aspectos responsáveis pelos nós críticos do nosso sistema atual de assistência em saúde, tanto em termos de custos como em eficácia e satisfação das necessidades de saúde dos usuários.

Esforços políticos têm sido desencadeados, desde a Conferência de Alma Ata (OMS, 1979), na perspectiva de superar o modelo biomédico hegemônico, onde as diretrizes da APS vêm sustentando as iniciativas, promovendo a incorporação de atributos relativos ao acolhimento, escuta, vínculo entre outros que permeiam os princípios de acesso, longitudinalidade, interação, integralidade e coordenação, propostos por este modelo de atenção, sendo esta a concepção de APS adotada para possibilitar transformações no modelo de atenção à saúde.

A coexistência de práticas de saúde pertinentes aos dois modelos está fortemente evidenciada nos depoimentos das mulheres que participaram deste estudo e reflete este movimento de transformação – que ora se afasta do modelo hegemônico por meio da incorporação de atributos e de práticas potencialmente transformadoras, ora reforça o modelo caracterizado por práticas fragmentadas e mecanizadas. Esse movimento de avançar e retroceder pode ser evidenciado nos depoimentos deste estudo.

6.2.1.a) A prática profissional: promove apoio ou repulsão à amamentação?

Como já citamos, o atual modelo assistencial permanece permeado predominantemente por ações mecanicistas, de cumprimento de protocolos, normas e rotinas definidas pelas instituições de saúde, com formato descontextualizado e longe de ser um modelo de atenção integral e humanizado.

O que queremos trazer para a reflexão é a necessidade de que os mesmos documentos circunstanciados por procedimentos técnicos também orientem o uso do apoio, da escuta e do acolhimento. Deparamos que, na prática, poucos destes atributos são levados em consideração, como se a prioridade fosse exclusivamente o saber técnico, que certamente consideramos importante, mas não suficiente para

atuar na complexidade da prática da amamentação. Assim questionamos o que queremos produzir na assistência à mulher: apenas procedimento ou cuidado?

Nos serviços de saúde do município estudado, essas considerações se confirmam, visto que membros da equipe de saúde são atores propagadores de discursos fragmentados, autoritários e muitas vezes incoerentes com o contexto sociocultural da nutriz:

*“O que dificulta (amamentar)... ah eu acho, que no meu caso foi o desespero, a inexperiência, porque no dia em que eu saí do Hospital, a mulher (técnica de enfermagem da maternidade) que recepcionou ela falou: Oh, é de 3 em 3 horas, ela é prematura, **não pode deixar passar 10 minutos porque se você deixar passar 10 minuto ela desmaia... eu não sabia tirar o leite, aí o que aconteceu eu dava o leite A porque eu ficava com medo da glicemia dela cair, dela desmaiar, aí ela foi acostumando com o leite A... pelo medo... só que depois eu conversei com a Dra. “X” e ela falou “não, não é assim não”, só que aí ela já tinha acostumado. Eu morria de medo dela desmaiar. Primeiro filho, prematura, com esse monte de probleminha, problema no coração. Aí ela (técnica de enfermagem da maternidade) falou ‘você não dá 1 ml a mais senão o coração dela para’, o coração dela não aguenta”. (E7)***

Compartilhamos da ideia de que uma orientação que não contempla as dificuldades advindas do processo de amamentação pode resultar para o orientado em sentimentos de incapacidade, frustração, medo e culpa. Este tipo de abordagem reflete estritamente o paradigma biológico da amamentação, que, apesar de tido sua ineficácia comprovada em múltiplos aspectos, quando considerado isoladamente, mantém-se presente em muitas práticas de saúde relacionadas à amamentação. Reconhecemos a irrefragável importância do modelo biologicista no processo de AM, mas este deve caminhar junto com a singularidade e o contexto sociocultural e econômico de cada mulher para que se produza uma aprendizagem significativa.

Podemos observar nesse depoimento como está presente nos serviços de saúde, nesta situação na maternidade, a carência de aspectos referentes à humanização e integralidade do cuidado. O trabalho mostra-se prescritivo, normativo e centrado no cumprimento das tarefas. Apontamos que o modo de atender descontextualizado, mecanizado, verticalizado e coercitivo não possui potência para mudar a prática assistencial no processo de amamentação.

O conhecimento técnico dos profissionais da saúde em relação à prática do AM precisa estar atrelado às habilidades e competências dos determinantes sociais,

culturais, emocionais, singulares e coletivos. Este suporte emocional precisa se dar desde o pré-natal, durante o parto e no puerpério (VALDÉS; SANCHEZ; LABBOK, 1996).

Parece ainda haver uma espécie de “barreira linguística” entre a mãe e o profissional. A barreira linguística também é outro aspecto dificultador na produção do cuidado, que na maioria das vezes, o usuário com receio de questionar, até demonstra-se receptivo aos “conselhos” sem, contudo, assimilá-los e colocá-los corretamente em prática, ou mesmo estas ações se dão de maneira tão impositiva que podem gerar um evento muitas vezes traumatizante, imputando culpabilidade às mães, e com isso afastando a obtenção do objetivo principal que é a promoção do AM como um ato prazeroso tanto para o bebê, como para a mãe e familiares.

Nota-se, no contexto desse depoimento, a posição de subalternidade da mãe em relação ao profissional de saúde, posição esta construída socialmente, em que este é o detentor do conhecimento. Entendemos que nestas experiências e relações estabelecidas onde quem usa o uniforme branco já sinaliza que é aquele que ensina, que determina, e, portanto, é aquele que fala. O outro ouve e até se sente acanhado e/ou receoso de falar o que realmente está se passando, ou seja, deixa de ser agente ativo e participativo do processo saúde/ doença.

No nosso processo histórico de produção da saúde, já se incorporou que nos serviços de saúde só se deve falar de desajustes do corpo anatômico, ou então, fala aquilo que o profissional de saúde quer ouvir: “Estou dando direitinho o peito”, ou seja, este conceito foi produzido no modo de conceber saúde, uma prática que minimiza a possibilidade de sofrer julgamento depreciativo.

Nesse cenário, Campos (1997, p. 242) nos remete para o grau de alienação dos trabalhadores variando de acordo com a circunstância do contexto e da própria atuação dos mesmos em relação ao objetivo, objeto e meios de trabalho dos serviços de saúde, com identidade comprometida com a produção de saúde, onde possui uma “identidade assegurada mais pelo diploma, pelo uniforme branco da indiferença e pelo fechamento dos seus saberes ao comum dos leigos”.

Em relação à fala da profissional de saúde, no caso específico a técnica de enfermagem da maternidade, quanto ao AM “*oh, é de 3 em 3 horas*”, trata-se de um conceito adotado de forma rígida e impositiva que desconsidera a singularidade do bebê. Atualmente há outras condutas adotadas cientificamente como, por exemplo, aquela que preconiza que os lactentes sejam alimentados em regime de livre

demanda. Desse modo, as mães devem oferecer aos seus filhos a mama quantas vezes ela for solicitada. Nos primeiros dias de vida do RN, o ritmo das mamadas é irregular em frequência e duração. Contudo, com o passar do tempo, nota-se uma tendência de regularização do espaçamento entre as mamadas, onde os bebês mais ávidos despendem menos tempo na mamada que os menos ávidos, porém ambos ingerem a mesma quantidade de leite. Em geral, um bebê em AME mama de 8 a 12 vezes por dia. Esta constatação refuta o argumento de se utilizar o tempo como referencial para se definir os intervalos e o ponto final de uma mamada, reforçando a questão de que o tempo de duração das mamadas depende fundamentalmente do vigor da sucção do bebê (BRASIL, 2009b; MELLO, 2005).

Ainda vale ressaltar que, mesmo o bebê prematuro e com patologias, como por exemplo, cardiopatia, já estando em casa, no convívio familiar, exige uma maior vigilância, porém não se justifica uma conduta terrorífica, conforme o discurso emitido pela profissional de saúde.

Concordamos com Silva (1990), ao alertar a conduta da equipe de saúde quando esta nota resistência por parte da mãe, em que na maioria das vezes, por meio de uma explicação do que constitui os benefícios da “regra” enunciada para eliminar as contradições, as condutas têm sido, prioritariamente, pautadas por um discurso de repreensões autoritárias que levam as mães a obedecer às prescrições, impedindo que conheçam o real motivo que as fundamenta e dá sentido.

Ainda em relação aos discursos dos profissionais de saúde, nos deparamos com orientações que podem acarretar riscos para a saúde da mãe:

*“Eu acho que foi isso... porque eu usei o creme que o médico mandou, eu fiquei no chuveiro, **colocava compressa quente.**” (G2)*

Segundo Giugliani e Lamounier (2004), para promover, proteger, apoiar a amamentação com eficiência, o profissional de saúde precisa ter conhecimento em AM que permita falar e agir nas questões relativas ao manejo, cuidados com as mamas, prevenção e tratamento de traumas mamilares e outras intercorrências oportunas.

Estudiosos da temática (BRASIL, 2009b; RIBEIRÃO PRETO, 1998; VINHA, 2002), atualmente, fundamentados na anatomia da mama, na fisiologia da lactação e no mecanismo de sucção, trazem que não é mais recomendado o uso de compressas quentes nas mamas ingurgitadas, pomadas e cremes nos mamilos com

fissuras. As compressas quentes reduzem o edema, promovem a dilatação dos ductos lactíferos, o que facilita a drenagem do leite e alívio da dor. Por outro lado aumentam a circulação local e logo o aumento do metabolismo celular, com conseqüente aumento da produção de leite. Esta indicação – uso de compressa quente – não tem resolubilidade do problema, ou seja, do desequilíbrio entre a oferta e a procura. Atua na dor que emerge pelo desequilíbrio citado, não interferindo no objetivo desta fase, que se trata de evitar o ingurgitamento, a dor, o desconforto, as inseguranças e os medos inerentes deste período e, por conseguinte o desmame precoce por causas evitáveis (SOUSA, 2006).

O relato acima ainda nos sugere algumas reflexões. Como seria o “desenrolar” da comunicação entre o profissional e a mulher, caso a última expressasse posição contrária ao uso de creme e da compressa quente? Quais eram nossas práticas que fazíamos e que hoje não fazemos mais? Como temos diferenciado protocolo e singularidade das mães no processo de amamentação?

Apresentamos aqui a fundamentação biologicista para sustentar orientações favoráveis a evitar complicações referentes ao uso da compressa quente no caso da ocorrência do ingurgitamento mamário. Sabemos que as mães deparam com orientações profissionais contraditórias, com outros saberes provenientes de familiares, amigos e vizinhos, que a depender da situação se torna muito difícil não aderir a essas pressões sociais.

É comum a sogra e/ou a mãe da nutriz recomendar, por exemplo, o uso de compressa quente e a nutriz, naquele contexto de dificuldade, pelo vínculo estabelecido, o apoio oferecido e respeitando o saber de quem é mais experiente, sentir-se constrangida de não seguir a orientação. Nesse caso precisamos exercitar a escuta e promover o diálogo que possibilite a mulher explicitar essas situações e/ou mesmo o profissional levantar a possibilidade de esta situação ocorrer.

Assim, numa relação de vínculo entre profissional e nutriz, amplia-se a possibilidade de ser identificada a pressão que a mãe possa estar vivenciando para o uso de calor nas mamas, quer seja por parte de familiares, amigos, profissionais entre outros. Caso ela não consiga argumentar harmonicamente sobre as recomendações contrárias a esse procedimento, o profissional da saúde poderá recorrer a mecanismos de negociação, orientando a mãe, sobre as precauções para evitar queimadura, e também a importância de proceder à retirada manual do leite, por meio da expressão areolar, logo após a aplicação da compressa quente.

Uma das precauções que deve ser incisiva é **não** utilizar compressa quente (geralmente mães aquecem fraldas ou toalhas a ferro e colocam diretamente nas mamas). A mediação do uso desse procedimento deverá promover a perda do calor excessivo e neste sentido podemos alertar, que apesar de não ser recomendado, caso a pressão, por parte da família para colocar a compressa for muito intensa, ela deve recorrer em último caso à compressa úmida, pois terá como promover a perda do calor excessivo da compressa, e neste sentido podemos alertar que coloque o “pano/compressa” na água aquecida, retire-o da água deixando escorrer um tempo e em seguida deve-se torcê-lo para que o excesso de água seja eliminado e ao mesmo tempo ocorra a perda de calor, testar na face interna do braço e somente se estiver suportável nesse local, aplicar na mama. Esses passos irão colaborar para a perda do calor e, desta forma, evitar efeitos não desejáveis, como a lesão por queimadura.

O profissional da ABS precisa dispor de conhecimento científico e incorporar na sua prática outras dimensões de conhecimento: cultural, comunicacional e relacional. Acreditamos que os treinamentos e as capacitações técnicas também devem considerar a singularidade e complexidade de cada situação.

Assim trazem Giugliani e Lamounier (2004) outras competências que os profissionais de saúde devem portar, além dos conhecimentos sobre amamentação, referentes a ter habilidade em se comunicar eficientemente com a mãe, que implica em acolher, escutar e ajudar a mulher a tomar decisões de forma empática, responsável, com autonomia e segurança.

Para que haja mudanças na qualidade da prestação de serviços, fazem-se necessárias novas formas de atuação em novos espaços e processos de trabalho que incluam os cuidados domiciliares, preparação para o autocuidado, tudo isso incorporando e mediando os saberes reinantes nas famílias e nas comunidades.

Quando a mãe relata “*usei o creme que o médico mandou*”, há na literatura estudos que abordam o uso de pomadas como agente prejudicial por conservar os mamilos úmidos, prejudicando a cicatrização do trauma (RIBEIRÃO PRETO, 1998). Contudo é importante frisar que o principal fator causal dos traumas mamilares é a “pega incorreta” do bebê, ou seja, a aplicação inadequada da força de sucção durante a amamentação onde a pega ocorre apenas no mamilo. Precisamos tratar inicialmente o fator causal e posteriormente a consequência. Enquanto não for eliminado o fator causal, a cicatrização do trauma será mais demorada e também

poderá provocar por mais tempo a dor, sendo esses momentos registrados como experiência negativa do processo do AM.

Além disso, o uso de pomadas deixa a pele oleosa e escorregadia, dificultando a “pega” do RN. Isso leva a mãe a proceder à limpeza frequente da região com uso de água e sabão, provocando o ressecamento da pele, tornando-a mais sensível aos traumas (RIBEIRÃO PRETO, 1998). Recomendamos Brasil (2009b), Mello (2005) e Vinha (2002) que nos ofertam um conjunto de ações de caráter preventivo ao trauma mamilar.

E ainda voltamos a refletir na fala da mãe “*usei o creme que o médico mandou*”, percebemos que este tipo de discurso é muito vivenciado na prática, onde para muitos usuários o “médico bom, é aquele que o paciente não sai do consultório sem pelo menos uma receita”, concepção conformada e conformadora do modelo biologicista. Apesar de não termos explorado esta questão com as mães, percebemos que esta concepção está muito presente nos serviços de saúde. Esta é mais uma característica do modelo de atenção voltado para a doença e de caráter curativo, que precisamos rever junto com os profissionais, instituições de ensino e com a população na perspectiva de produzir novas formas de cuidado, que não sejam exclusivamente medicamentosas e, portanto, não condizentes com os princípios da ABS.

Ademais, encontramos profissionais indiferentes quanto ao tipo de alimentação infantil oferecido à criança, não incentivando a prática do AME:

*“... o pediatra disse que eu podia dar o leite que **eu achasse que fosse bom pra ele.**” (E37)*

*“ela tá mamando 150 ml de leite A e depois eu dou o peito. Eu tava dando leite B, só que o leite B prendeu o intestino dela e aí **a doutora pediu pra dar o leite A, e é uma beleza, tá mamando bem, ganhando peso.**” (E4)*

Apesar de todas as vantagens do AM evidenciadas na literatura científica, alguns profissionais parecem “fechar os olhos” diante de tais evidências, e ao se depararem com problemas relacionados à amamentação, consideram “mais fácil” prescrever um leite artificial, ao invés de ouvir e orientar a mulher em prol do AM, onde a mesma muitas vezes sequer tem oportunidade para expor suas queixas. Percebemos, na prática clínica, que muitas nutrizas com problemas em

amamentação desejam continuar amamentando, mas saem do serviço de saúde com receitas de leite artificial e sem seu problema da amamentação resolvido.

De acordo com Matumoto et al. (2002), a escuta ultrapassa a captação de mensagens verbais, buscando o significado do falado, retendo os pontos mais importantes, onde o trabalhador, por meio da escuta, deve buscar ver o usuário além de sua queixa.

Por outro lado, podemos observar no depoimento a seguir, que uma orientação profissional mais horizontalizada pode se configurar como apoio para a mãe, trazendo mais tranquilidade no processo de amamentação, onde a mulher mostra-se proativa, mais autoconfiante e segura em relação ao problema que estava vivenciando naquele momento, o trauma mamilar decorrente da amamentação.

*“Mas o meu peito quando começou a rachar, **me orientaram a não amamentar, e tirar e dar, porque aí o bico ia sarar e aí eu ia conseguir amamentar.** Eu não sofri com ele sugando, por isso que eu falo que foi tranquilo, por que aí quando começou querer rachar eu tirava e dava pra ele (o leite), aí depois, quando sarava eu voltava a amamentar.” (G1)*

Contudo outros depoimentos demonstram que o apoio profissional está se conformando, de um modo geral, porém ainda de maneira incipiente:

“Ah, eu tive o bico do peito rachado, mas mesmo assim amamentei. Recebi orientação do meu médico.” (E39)

“Porque a pediatra falou pra eu deixar só no peito mesmo. Ele tava muito novinho.” (E11)

Reconhecemos que, em determinadas situações, há iniciativas, por parte de alguns profissionais, de incentivar o AM, mas quando as informações são transmitidas, estas se dão de modo superficial e descontextualizado, não permitindo que a mulher apreenda a importância legitimada das mesmas para tomadas de decisões, o que pode configurar em uma aprendizagem não significativa.

Quando o profissional de saúde fala *“pra deixar no peito mesmo, porque ele tava muito novinho”*, queremos chamar a atenção para a necessidade de ampliar a escuta, estabelecer um diálogo, procurando identificar quais são as angústias, medos, preocupações que permeiam a mulher, que pode desejar ou não amamentar, e a partir daí construir orientações pertinentes às singularidades apresentadas.

A falta de apoio profissional relatada, nas entrevistas, foi melhor caracterizada no grupo focal:

*“Eu acho, mas eu posso estar errada, é minha opinião, quando o Carlos nasceu, tinha uma menina do lado que tinha acabado de ganhar nenê, e ela foi pro mesmo quarto que eu, e depois de meia hora levaram o bebê pra ela, e eu vi, ninguém me contou, cataram o bebezinho e colocaram nela, a menina tava deitada na cama, quer dizer ela tinha acabado de sofrer um parto normal, com dor, aí ela (puérpera) disse ‘ai!’ e a **enfermeira disse: ‘ah, bem, agora você é mãe, e mãe é assim mesmo, sente dor’**. Eu achei aquilo de uma ignorância, e assim de uma **falta de competência tão grande da enfermeira, porque a enfermeira que fica nessa parte de ganhar nenê, tinha que ficar só pra aquilo, pelo menos no Hospital tinha que ter uma enfermeira só para recepcionar a mãe que acabou de ganhar neném, ficar ali do lado dela, orientando**. Porque quando eu ganhei o Carlos, a enfermeira ficou meia hora massageando o meu peito até o leite descer, depois que colocou ele no peito... aí depois que eu vi a aquela enfermeira fazendo aquilo com ela, eu fiquei com uma dó dela, me deu até vontade de chorar.” (G1)*

Esse depoimento reafirma a necessidade da mudança de prática no cuidado, principalmente ao binômio mãe e filho, e que o ato de AM não é meramente instintivo, que a mulher precisa de apoio e ajuda nas primeiras mamadas do RN, por uma equipe mais bem capacitada e mais humanizada.

Concordamos com Maldonado (1997), quando este afirma que a comunicação pode ser utilizada de maneira adequada ou inadequada. Sua utilização adequada envolve mudanças de perspectivas e atitudes, depende, essencialmente, da nossa maneira de aprender a captar, respeitar e responder ao outro, a partir do seu ponto de vista e não apenas do nosso. E quando a usamos de maneira mecânica, na tentativa de controlar e manipular os outros, esvaziamos a riqueza do relacionamento, modulando uma aprendizagem não significativa.

*“É eu acho que eles podiam ter falado, olha a criança nasceu assim, assim... porque eu tive ela às 11:00 hs e era 19:00 eles ainda não tinham levado ela pra mim, então eu fiquei pensando: **ué será que aconteceu alguma coisa?**, eles só falavam que o neném tá bem, tá tudo bem, **só que ninguém falava: olha, aconteceu isso, ela nasceu com a testinha roxa, a gente teve que forçar...** eles levaram ela pra mim no quarto e só colocaram ela lá, mas eu reparei, eu vi que tinha alguma coisa de diferente... **eles (equipe de saúde) tinham que ter me preparado antes, falado comigo, acho que aí eu ficaria mais calma, acho que essa tensão fez o leite demorar pra descer.**” (G10)*

*“É só a questão de fazer um carinho, de **dar atenção, a mãe fica mais segura.**” (G3)*

Nesses relatos é possível identificar que essas mães clamam por mudanças na prática de saúde, onde se tenha a preocupação com a dimensão subjetiva do ser humano, principalmente no pós-parto. Sinalizam também a importância de equipes mais preparadas e que se preocupem não apenas em conversar com a mãe e sim a maneira como esta “conversa” se estabelece.

Julgamos pertinente, neste momento do trabalho, compartilharmos das contribuições de Cunha (2005) acerca das relações profissional de saúde-usuário, tendo como cenário os espaços onde esta dinâmica acontece.

Assim, há uma relevante contribuição do autor em relação ao conceito de clínica ampliada, entendida como a transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que os outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde.

Esse conceito vem ao encontro do que estamos buscando na atenção e no cuidado à mulher no processo de AM, com o rompimento do paradigma biológico da amamentação por meio da incorporação de um paradigma sociocultural, holístico, com vistas à integralidade, onde acreditamos que uma das ferramentas que possui potencial para reconstruir é a escuta ampliada.

Quando a mãe disse “ai!” e a profissional diz “*agora você é mãe, e mãe é assim mesmo, sente dor*”, além da ausência da escuta, o acolhimento e o vínculo desta puérpera com esta profissional se dilaceraram neste “processo de diálogo”, se podemos assim dizer. Para Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento se traduz num processo relacional de trabalho com o usuário, com escuta e responsabilização, que possibilite a construção de vínculo, com vistas à garantia de acesso universal, resolubilidade e principalmente humanização do atendimento.

O acolhimento se aproxima muito do que nós temos chamado a atenção do que se configura o apoio. Os depoimentos trazem em seu significado o amparo, mas são mais que significados em comum, são práticas que incorporam valores da ordem da integralidade na qual a escuta ampliada emerge como ferramenta em potencial para possibilitar a incorporação destes valores na prática clínica.

Nesse sentido concordamos com Sousa (2006), que o apoio ao AM deva ser construído tendo como fio condutor a integralidade, e que sua configuração incorpore também, na prática, o acolhimento e a escuta ampliada, como instrumentos para solidificar o apoio à nutriz.

Percebemos nos depoimentos dessas mães que mais uma vez a barreira linguística é um dos principais fatores limitantes entre mãe e equipe de saúde. Muitas vezes o vocabulário do profissional da saúde é quase que inacessível para um grande contingente de mulheres que acessam o serviço público, a exemplo desta pesquisa, em que a maioria das mães possui como formação o nível fundamental e ensino médio, e não se apropriam de terminologias técnicas da área da saúde, fazendo com que o discurso médico seja intermediado ou reinterpretado por pessoas ou grupo de pessoas que fazem parte do contexto da mulher, como mãe, tia, irmã, amigas, etc. Isto pode levar ao fracasso de muitas ações em prol do AM que buscam a modificação dos comportamentos femininos.

Para caminharmos em busca do aumento da prevalência do AME, é preciso muito mais do que os conhecimentos básicos desta prática. É preciso ter competência para se comunicar com eficiência, o que se consegue mais facilmente com o *aconselhamento* em amamentação. Aconselhar não significa ditar o que a mulher tem de fazer e sim ajudá-la a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e dialogar com ela sobre os prós e os contras das opções (BRASIL, 2009b). No aconselhamento, é importante que a mulher se sinta apoiada e acolhida e perceba que o profissional realmente se interessa pelo bem-estar dela e de seu filho. É preciso estabelecer uma relação de confiança mútua, por meio do diálogo e da escuta.

Os profissionais de saúde detêm papel-chave na manutenção do AM, sendo necessário para isso, desenvolver nestes atores habilidades de aconselhamento e apoio, não somente para a mulher, mas também para a família. Pois muitas mães que amamentam apresentam dificuldades em dizer o que sentem, e o profissional da saúde precisa estar disposto a ouvi-la e mostrar interesse, estimulando-a a falar aquilo que sente.

Há alguns recursos que facilitam esta relação puérpera/profissional: estar atento para praticar a comunicação não verbal (gestos, expressão facial); promover maior aproximação entre a mulher e o profissional de saúde, como a remoção de barreiras (mesa, papéis, etc.); uso de linguagem simples; permitir que a mulher se expresse; fazer perguntas abertas (Como? Quando? Por quê?); demonstrar empatia, ou seja, mostrar à mãe que os seus sentimentos são compreendidos; evitar palavras que soam julgamentos (certo, errado, bem, mal, etc.); aceitar e respeitar os sentimentos e opiniões das mães, sem precisar discordar ou concordar com o que

ela pensa; oferecer poucas informações em cada aconselhamento; dar sugestões ao invés de ordens; reconhecer e elogiar as ações que o bebê e a mãe estão fazendo, na perspectiva de fortalecer o processo da amamentação (BRASIL, 2009b).

Segundo Merhy (2005), a empatia é imprescindível no processo de trabalho em saúde. É preciso que, a todo instante, perguntemos para nós mesmos se seríamos um usuário do que estamos fazendo com o outro, ou seja, se o que estamos fazendo enquanto profissional da saúde está ou não carregado de ofertas significativas para o outro que o busca, enfim o autor nos convida a pensar se os profissionais de saúde têm a coragem de ser usuários do seu próprio fazer, ou da sua equipe.

Ainda no grupo focal, reafirma-se que o apoio profissional está longe de ser incorporado por estas equipes de saúde, onde o trabalho da enfermagem está muitas vezes, meramente, centrado apenas no cumprimento de tarefas, normas e rotinas dos serviços de saúde, produzindo ações que caracterizam-se pela verticalidade, seguindo a ideologia que reduz a prática da amamentação a um atributo natural, instintivo, biológico, comum a todas as espécies de mamíferos.

*“Ah, eu acho que deveria ter um pouco mais de atenção, porque quando o Fernando nasceu eu tinha bastante leite, mas meu leite não saía, **aí a moça (profissional de enfermagem) chegou no quarto e falou: ‘oh, dá mamá pra ele, porque se você não dá mamá pra ele você não vai sair do Hospital’**, e ele não mamava, aí eu tentava dar o peito pra ele, e não saía nada, aí ele não mamava, no primeiro dia que ele nasceu ele não mamou, ele foi mamar no dia seguinte, de tanto que eu insisti. **Aí ela (profissional de enfermagem) vinha e dizia: ‘ele já mamou? porque se ele não mamar vocês não vão sair do hospital’**, desse jeito... aí quando foi pela manhã, ela veio e disse ‘ele já fez cocô, se ele não fazer cocô ele não vai sair do hospital, **‘Enquanto ele não mamar e não fazer cocô você não vai sair do hospital’**. Aí eu ficava naquela **tensão, e eles não vêm dar uma orientação, aí quem deu orientação foi a faxineira do hospital: ‘você faz ele mamar, porque eles não tão nem aí com você’**... É foi ela (faxineira do hospital) quem me deu apoio quando o bebê nasceu.” (G4)*

Infelizmente, ainda nos deparamos com serviços de saúde onde o trabalho da equipe de enfermagem se configura de maneira fragmentada, descontextualizada tecnicista e desumanizada; em que o usuário é visto como objeto, como um corpo sem subjetividade, intenções, vontades, desejos, o que facilita para a construção de modos de cuidar centrados no procedimento e em relações impositivas e prescritivas. Desse modo, muitos trabalhadores da saúde, com a rotina de trabalho,

acabam condicionados a ver a nutriz apenas como duas glândulas mamárias, e não como portadoras de necessidades não fragmentadas, desconsiderando qualquer sentido de singularidade e complexidade que permeia o ser humano.

Essas características da organização do trabalho, principalmente da enfermagem, são heranças do século passado da Teoria Científica iniciada por Frederick Winslow Taylor (1856-1915), em que se preconizava a divisão do trabalho, a fragmentação com separação entre concepção e execução, a especialização do profissional, a padronização de atividades, para se obter a eficiência em nível operacional e assim aumentar a “produção”, tendo, portanto, o foco na tarefa (MATOS; PIRES, 2006). As concepções desta teoria de administração ainda estão muito presentes nos serviços de saúde e possuem um grande nó crítico: o mecanicismo, onde o homem é considerado como uma engrenagem e não como um ser humano, tornando esta concepção essencialmente prescritiva e normativa, além de gerar desmotivação e alienação dos profissionais.

Aqui cabe ressaltar que, ao nos comprometermos com a integralidade da atenção, faz-se necessário se pautar por uma teoria gerencial comprometida com os princípios da gestão participativa (BRASIL, 2004). Isto implica assumir que a prática da gestão e da atenção são complementares e interdependentes. Não é compatível defender uma prática de atenção pautada por princípios da humanização e ter uma prática gerencial verticalizada, fragmentada e autoritária.

Consideramos uma prática cuidadosa a alta do bebê da maternidade estar condicionada a este estar sugando ao peito, no entanto perguntamos se a prática para a instalação desse ato tem sido facilitadora ou repulsora? Os profissionais da maternidade indubitavelmente precisam conhecer habilidades técnicas que ajudam no manejo da amamentação e agregar e agregar práticas relacionais da escuta ampliada.

Essa prática ameaçadora revelada no depoimento *“porque se você não dá mamá pra ele, você não vai sair do hospital”* precisa ser abolida. Concordamos com Almeida e Novak (2004), que este modelo assistencial verticalizado e impositivo, há muito tempo se revela esgotado, incapaz de responder às demandas da mulher em processo de amamentação.

Compartilhamos com Sousa (2006) quando se refere à escuta formatada, sendo aquela que não escuta o outro, porque já está formatada para dizer o que acha que precisa ser dito, mesmo que não faça muito sentido ou nenhum sentido

para o outro. Mas tem que ser dito porque está protocolado, normatizado, padronizado, mas o padrão não é individualizado, e por isso às vezes não faz sentido para quem ouve e assim não assume significado.

Retomamos que o ato de amamentar não é intrínseco à mulher, ele é biologicamente determinado e socialmente condicionado (SILVA, 1990). Ir embora para casa amamentando pode contribuir para evitar o desmame precoce, no entanto, no domicílio outras situações podem ocorrer que necessitam do apoio dos profissionais dos serviços de ABS, com conhecimentos específicos desta prática.

As intercorrências mamárias, pela própria dimensão biológica da amamentação, podem ocorrer no período em que a mãe e o bebê já tiveram alta da maternidade e encontram-se em seu domicílio, tendo em vista que a apojadura geralmente ocorre por volta do segundo ao quarto dia após o parto (VINHA, 2002). O uso isoladamente do discurso passivo, não ativo, normatizado e mecanizado muitas vezes faz o profissional esquecer que ficar ao lado da mulher enquanto ela amamenta, escutar suas dúvidas, ansiedades e medos podem ser mais significativos e gratificantes do que apenas cumprir as normas e rotinas da unidade.

Assim, concordamos com Pereira (2001) quanto à importância da assistência domiciliar, e neste caso, que ela se estabeleça o mais precoce possível e anteceda a apojadura e as possíveis intercorrências, onde se possibilite a construção de um espaço em que a mulher possa ter liberdade de expor suas dúvidas, inseguranças e anseios.

Em muitos serviços de saúde, ainda se percebe que existe preconceito em relação à mulher que manifesta desejo em não amamentar seu filho, não se valoriza esta manifestação, atribuindo-lhe a culpabilidade, sem conhecimento prévio dos fatores impeditivos da amamentação, agindo de forma verticalizada e com características de um policiamento social em favor da amamentação. Costuma-se condicionar as práticas alimentares ao modelo moralizador do “certo” e “errado”, sem considerar os condicionantes culturais que permeiam a mulher.

Compreender o processo da amamentação para além de suas determinações hormonais e fisiológicas e avaliar seu sucesso não apenas pelos aspectos estritamente técnicos é o grande desafio para os profissionais de saúde que atuam na área de saúde materno-infantil.

Com a criação de um espaço de vínculo e uma relação acolhedora trabalhador-usuário, a nutriz apresentará mais confiança em revelar suas

dificuldades, medos, inseguranças, entre tantos outros obstáculos do processo da amamentação. Acreditamos ser este um grande impasse vivenciado por nós, enquanto trabalhadores da saúde, e pela população, enquanto usuários.

Concordamos com Leitão (1995), que para se desenvolver uma escuta acolhedora e minuciosa, ou seja, uma escuta ampliada, nos serviços de saúde, é fundamental estar atento e conhecer a quem se escuta, e considerar sua individualidade. Para se estabelecer um processo de amamentação prazeroso tanto para a mãe quanto para o bebê, esta atitude é indiscutivelmente imprescindível para todo o profissional que busca efetivamente uma intervenção clínica sensível, humanizada e competente para a prevenção do desmame precoce (CASTRO, 2006). Entretanto, a forma de organização dos serviços de saúde muitas vezes dificulta que essa relação acolhedora e o estabelecimento de vínculo se estabeleçam, em razão de alguns nós críticos como a falta de recursos humanos, a estrutura física inadequada, os protocolos rígidos, as normas e rotinas arcaicas. A superação destes impasses implica em desenvolvimento de estratégias com criatividade e sensibilidade, ressaltando também a importância do gestor municipal neste processo de construção em saúde, e assim estar comprometido com os princípios da ABS.

Precisamos reconhecer a potência da nutriz como protagonista no seu processo de amamentar, dando-lhe voz e vez. O fato de não considerar a amamentação como um ato sociocultural, com significados e representações, regulada por normas sociais e pela história de vida de cada mulher, pode ser uma das causas do desmame precoce.

Concordamos com Castro e Araújo (2006), que é preciso que o profissional da saúde esteja comprometido em buscar estratégias de interagir, não somente com a mãe, mas com a família da nutriz para que assim possa conscientizá-la quanto à importância de se adotar uma prática saudável de AM, visto que esta prática além de ser apoiada deve ser aprendida.

Como já citamos anteriormente, para apoiar e estimular o AM, as dimensões técnicas e emocionais precisam estar articuladas. Para isso, é necessário ter competência para apoiar e orientar a nutriz na superação de seus medos e dificuldades, ter sensibilidade para valorizar seus acertos e solidarizar-se com suas dores e inseguranças, dizendo que além da dor física que eventualmente pode ocorrer nas mamas, nos mamilos, na episiotomia, entre outras, pode haver dores

internas, vinculadas a sentimentos de medos, angústias, inseguranças e que se elas precisarem expor essas dores, nós estamos ali também para ouvi-las e se possível ajudá-las.

Na continuação do depoimento citado anteriormente, podemos notar a relevância de um profissional não integrante da equipe de saúde, sendo este significativo e acolhedor para a mãe, ao contrário da equipe de enfermagem que, no relato, apresenta características limitantes à promoção e apoio ao AM.

*“Ah, ela (faxineira da maternidade) perguntava: **você tá bem?** e depois que o neném nasceu ela perguntava: o neném tá mamando, vê o que vc pode fazer, massageia (as mamas) porque eles não estão nem aí com você, não vão vir te massagear, não vão vir fazer nada.” (G4)*

Esse depoimento sugere a presença de escuta por parte do profissional, e mais que isso uma escuta incorporada de abertura e vínculo. Acreditamos que em situações como esta, em que o profissional possibilita a escuta, abertura do diálogo, conversa e apoio, temos a construção de uma prática de atenção no cuidado ao AM permeado pela integralidade.

Ficou também evidenciado que, no momento de insegurança da mulher, a sensibilidade, mesmo de quem não está incluída na equipe de saúde, pode ser significativa para produzir cuidado.

Observamos também que durante o ritual da alta hospitalar deste serviço, sua responsabilidade se encerram ali – na alta. Onde está a corresponsabilidade? E a continuidade da atenção? O relato de outra mãe confirma esse trabalho desfragmentado e descontextualizado.

*“**É isso mesmo que ela falou, enquanto a criança não faz cocô e não amamenta, ela não sai do hospital...** eu tive meu filho só com a enfermeira “Z”, mas pra mim ela foi mais que uma médica, graças à Deus foi tudo normal... Eu acho que com a falta da médica, eu tive o bebê só com ela, as outras enfermeiras se esconderam, eu acho que pra mim ela foi mais que uma médica, corajosa, porque as outras sumiram, sabe, aí fiquei só com a enfermeira “Z”, graças à Deus foi tudo bem.” (G7)*

Como já havíamos referido anteriormente, há profissionais comprometidos com o bem-estar do binômio mãe e filho, que vão além do contexto biológico e do ambiente hospitalar.

Observa-se, então, a importância da construção de redes como espaços de articulação, negociação e organização dos serviços, para o estabelecimento de uma rede regionalizada e hierarquizada das ações de saúde direcionadas para a mulher, no sentido de estabelecer continuidade à assistência em todo o ciclo gravídico puerperal. Para estes profissionais da maternidade, nos parece que se a mulher não apresentar dificuldade para amamentar durante a internação, significa que a mesma não terá problemas com a amamentação no seu domicílio, e assim a maternidade cumpriu sua “tarefa” de que o bebê mame no hospital, e não recorra à rede básica como um recurso a ser oferecido e incentivado à procura das mulheres diante de eventuais dificuldades que possam surgir.

Concordamos com Sousa (2006), quando diz que os serviços de saúde não têm conversado entre si, não existe quem fala e nem quem escuta, assim, a articulação entre os serviços é rara, e a escuta entre eles se estabelece em uma escuta virtual. Esta prática revela que um dos princípios da ABS – a coordenação da atenção¹¹ que possui estreita relação com a continuidade da atenção – não vem sendo operacionalizado.

Apontamos novamente a importância da corresponsabilidade em obter informações da mulher que volta para casa, por meio da visita domiciliar, como ferramenta potencial para resgatar a continuidade da assistência que ainda é tão incipiente e às vezes praticamente nula entre os próprios serviços.

Nesse contexto, torna-se necessário priorizar o sistema de referência e contrarreferência, instituir uma política de visita domiciliar à puérpera na primeira semana de vida do RN, de modo a permitir a horizontalidade, a abordagem contextualizada, norteadas pelo vínculo, integralidade e resolubilidade, na perspectiva de detectar precocemente e intervir nas dificuldades que o binômio mãe e filho possa estar vivenciando.

Em relação à assistência domiciliar, Pereira (2001) aposta que esta apresenta forte potencial de se construir um espaço para a construção de um agir pautado pela integralidade das ações em saúde, pela responsabilização quanto ao usuário, por uma identidade da equipe, com espaços mediadores de modo a possibilitar o vínculo, a escuta, fugindo de uma perspectiva estrita de controle da clientela no âmbito domiciliar.

¹¹ Lembrando que o princípio da Coordenação da Atenção diz respeito à disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento (STARFIELD, 2002).

A ESF é um espaço potencial de atenção ao puerpério, onde a longitudinalidade pressupõe o acompanhamento dos cuidados prestados pela equipe, estabelecendo vínculo, que favorece a interação profissional-usuário contribuindo para o estabelecimento de relações humanas facilitadoras da efetividade na atenção, o que favorece a continuidade do cuidado, bem como a integralidade conforme as necessidades de saúde e a natureza dos problemas.

Vale ressaltar que quer seja no espaço hospitalar, dos serviços de ABS e domiciliar, o uso isoladamente do discurso passivo, não ativo, normatizado, mecanizado e descontextualizado, muitas vezes, faz o profissional esquecer que ficar ao lado da mulher enquanto ela amamenta, escutar suas dúvidas, ansiedades e medos podem ser mais significativos e gratificantes do que apenas cumprir as normas, rotinas e protocolos da unidade.

As mães apontam também que o processo de amamentar precisa ser abordado na prática, que não adianta somente “falar” como tem que ser, mas é preciso “mostrar” e enfatizam a importância de alguns meios de comunicação como a televisão, por exemplo, sendo um fator facilitador, não somente em relação às dúvidas e medo quanto ao ato de amamentar, mas também em relação ao parto.

*“Palestras sobre a amamentação ajuda bastante... até como a gente deve tá agindo na hora que tá tendo o bebê, assim com a minha filha não tive muita dificuldade porque assisti muito programa de TV, por exemplo, eu nunca tinha tido uma cesariana, só parto normal... **Mas tem que mostrar... só falar não resolve... eu acho que tem que ter a palestra, colocar, olha é assim, mostrar como é que a gente tem que fazer... um pouco dos problemas é por causa disso, falta de informação, falta de assistir como que é.”** (G6)*

*“... a moça (profissional de enfermagem) veio, explicou e **mostrou como que era que fazia**, estimulava o bico, **tudo mostrando.**” (G8)*

Diante desses relatos nos deparamos com a seguinte questão: Será que as atividades educativas, promovidas principalmente por enfermeiros, estão realmente ajudando as mães no processo de amamentação? Será que os “cursos de gestantes” estão mostrando como se dá a prática da amamentação? Será que os profissionais de saúde constroem espaços para as mulheres exporem suas necessidades, crenças, angústias, frustrações, anseios? Será que se estabelece uma “conversa grupal” ou aulas meramente expositivas?

*“... eu sempre ia nas palestras que teve aqui no posto, eu e uma colega minha, **só que ela já teve dificuldade.** Quando o nenê dela nasceu, rachou o peito... **então acho que depende de mulher pra mulher.**” (G9)*

Para obter êxito em atividades educativas relacionadas ao AM, é imprescindível considerar a individualidade, singularidade e subjetividade de cada mulher, com enfoque pessoal para as necessidades específicas e as identificadas no seu ambiente social. O profissional de saúde, desde o primeiro contato com uma gestante, precisa avaliar cuidadosamente nela as atitudes, crenças, conhecimentos, experiências sobre alimentação infantil, assim como seu contexto social, seus hábitos e práticas alimentares, preferências, aversões e tabus.

No depoimento acima, uma das mulheres enfrentou dificuldades e a outra não. A manifestação *“depende de mulher para mulher”* pode ter a valorização da individualidade, mas também imputar a culpabilidade. Faz-se, assim, necessário abordar as peculiaridades do AM, com ênfase nos conhecimentos prévios, no esclarecimento de dúvidas, na escuta, apesar de o depoimento não nos permitir caracterizar com propriedade a metodologia utilizada nestas atividades educativas.

Concordamos com Parizotto e Zorzi (2008) que as atividades educativas para a promoção da amamentação na gestação possuem impacto positivo nas prevalências do AM, especialmente entre as primíparas. É fundamental que as pessoas significativas para a gestante, como a mãe, a amiga e o companheiro estejam presentes no momento do aconselhamento. Não basta apenas orientar as vantagens do AM, o não uso de bicos artificiais, as possíveis dificuldades com a amamentação, é preciso algo mais. As “aulas prontas” em apresentações de “slides” são estratégias de que podemos lançar mão, mas estas não podem ser o foco dos grupos de gestantes, deve-se permitir a criação de rodas de conversa, grupos de discussão, com o intuito de abrir espaço para elas exporem suas ansiedades, angústias e dúvidas e ainda discutirem o que possivelmente possam ser orientadas por seus familiares e amigos em relação a crenças e tabus que permeiam o AM.

Ainda compartilhamos da ideia, com base na nossa prática profissional, de que em muitas ações educativas desenvolvidas nas unidades de saúde, o profissional ainda pouco aborda sobre os conhecimentos prévios das mulheres em relação ao AM, onde frequentemente são reproduzidas frases com caráter normativo: “amamente até o sexto mês”, “não existe leite fraco”, entre outras. Apesar

das mudanças sociais que enfatizam uma maior autonomia dos sujeitos; o discurso rígido, prescritivo e paternalista de muitos profissionais de saúde ainda predomina.

O acesso à informação focalizando a mulher com vistas à amamentação significa apreender a história de vida que ela carrega, como experiência anterior, história de vida atual e expectativas, para, a partir dessa compreensão, construir um conjunto singular de informações que possa ser apropriado e utilizado em cada realidade (PEREIRA, 1996).

Com o paradigma atual do AM ancorado em uma visão biologicista e fragmentada (CASTRO; ARAÚJO, 2006), é possível observar que quando a mulher apresenta dificuldades na amamentação, é comum supor que seja por uma incapacidade da mulher, entretanto os autores ressaltam que o desmame precoce tem ocorrido mesmo em mulheres com acesso à informação.

Vale ressaltar que, na maioria das vezes, o profissional que desenvolve as atividades educativas é o enfermeiro, e este, muitas vezes não se dá conta de que tais atividades também precisam de uma abordagem multiprofissional, onde ele pode necessitar do auxílio de um psicólogo, dentista, assistente social, entre outros. Merhy (2005) traz que existe uma grande lacuna nos serviços de saúde que prejudicam não somente o AM, mas outras práticas de saúde, que é a deficiência do trabalho intersetorial. As 14 profissões universitárias da área da saúde procuram se distinguir entre si, cada vez mais e definem os saberes que dominam com exclusividade e soberania. Consideram apenas suas potencialidades e ignoram os seus limites, enquanto profissionais de uma rede de assistência, cujo objetivo primordial é o bem-estar do usuário. Para o autor, o cuidado pede muito mais do que uma profissão pode lhe oferecer, e não a intensa disputa por territórios de domínio pela conformação de objetos das práticas e saberes.

6.2.1. b) Interferência da família: Como está sendo este “Apoio”?

O apoio da família também aparece na interface dos aspectos facilitadores e dos dificultadores da prática do AM.

Muitas vezes a própria família da mulher não acredita nas potencialidades do leite materno, que ele seja um fluido capaz de saciar a fome do bebê e atender às suas necessidades fisiológicas, além das emocionais.

*“Minha mãe falou dá uma frutinha, **porque às vezes ela tá sentindo fome. Então a fruta eu tô dando por conta própria**” (E8)*

*“... e ela gritando, chorando, chorando, aí eu falei para a minha mãe ‘eu não estou aguentando mais’, naquilo eu já estava sem leite, ficava tomando água, tomando leite, pra ver se descia mais, e ela gritando e chorando, **aí minha mãe pegou e colocou leite na mamadeira, e deu, aí depois disso ela aceitava melhor a mamadeira do que o peito, ela mamava o peito só quando o peito tava bem cheio, que tava até escorrendo, porque do contrário ela não pegava. Aí com 3 meses ela não quis mais.**” (E3)*

Nesses depoimentos podemos observar a forte influência da avó materna em relação à alimentação da criança menor de 6 meses, que deveria estar recebendo somente leite materno. Parece que a avó materna é considerada como uma das figuras de apoio mais significativas para a nutriz, tanto nos conselhos relacionados à alimentação infantil, como nas ações de alívio do desespero da mãe que não consegue amamentar seu filho, mesmo que a forma que se dá este “apoio” possa acarretar em desmame precoce, resultado este não esperado.

Em estudo realizado em Porto Alegre – RS com 211 mães e seus respectivos bebês, França et al. (2008) evidenciaram que a coabitação com a avó materna está associada ao aumento do desmame precoce, devido à introdução de mamadeira no primeiro mês de vida da criança. Já em relação à coabitação com a avó paterna não houve associação. Segundo os autores, talvez pelo motivo de as mães exercerem maior influência sobre suas filhas do que sobre suas noras. Estudo anterior realizado no mesmo local mostrou que quando a avó materna aconselhava o uso de água/chá no primeiro mês de vida, a chance de a criança não ser amamentada exclusivamente no primeiro mês aumentava 2,2 vezes (SUSIN; GIUGLIANI, 2005).

Uma explicação provável é de que a maioria das avós destes estudos citados teve filhos entre as décadas de 1960 e 1980, quando o AM não era tão valorizado, principalmente o exclusivo. As prevalências de AM nesse período eram reduzidas, e o uso de água e chá eram recomendados pelos pediatras (FRANÇA et al., 2008), além da forte crença do “leite fraco” e do “pouco leite” que impera até os dias atuais. Portanto, muitas avós, ao recomendarem o uso de outros alimentos, transmitem para suas filhas sua experiência, acreditando ser o mais adequado.

Isso reforça a necessidade de incluirmos, não somente as avós, mas toda a família e as pessoas significativas da mulher que lhe apoiarão durante a amamentação, em programas de promoção do AM, como cursos de gestantes, por

exemplo, com o objetivo de (re)construirmos as práticas obsoletas dos últimos 30 anos, para que não se perpetuem nas novas gerações de mães. Caso não seja possível a presença dos familiares nas atividades educativas, podemos encorajar as mães a estabelecer uma interlocução com as avós, tias, amigas e vizinhas, a fim de saber o que elas pensam/vivenciaram acerca da amamentação, dificuldades desse processo e as intervenções que elas recorreram. As respostas se tornarão matéria-prima de discussão grupal.

A falta de apoio da família para o AM e principalmente para o AME favorece, indubitavelmente, o decréscimo da prevalência desta prática. A falta de apoio pode dar-se de diferentes formas: com informações inadequadas da família em relação à prática alimentar da criança; ou mesmo pela ausência de um membro da família que seja significativo para a mulher, que não necessariamente, seja sua mãe, podendo ser uma irmã, amiga, vizinha, etc. Concordamos com Almeida (1999) quando refere que estamos vivenciando, na sociedade urbana moderna, mudanças na estrutura familiar, onde a nutriz muitas vezes encontra-se desprovida da ajuda e do incentivo dos parentes mais velhos (mãe, avós, tias, irmãs, etc), atores facilitadores para a prática do AM.

Em razão do processo sociocultural de ampliação do modo de produção capitalista, as famílias e os indivíduos vêm perdendo a sua capacidade de autocuidado. Novas práticas sociais tornaram a mulher cada vez mais refém dos conselhos médicos referentes à alimentação infantil. Neste sentido, a urbanização e o afastamento da mulher do seu ambiente tradicional, pela assimilação de novos valores e pela migração, fizeram com que o apoio familiar sofresse consequências negativas, pois as respostas passaram a ser transmitidas por especialistas (SILVA, 1990).

Para que a prática do AM tenha êxito, as mães necessitam do apoio ativo, durante a gravidez e no puerpério, não somente dos profissionais da saúde, mas também de suas famílias e da comunidade na qual ela está inserida.

Nas sociedades onde predomina a “cultura da mamadeira”, muitos adolescentes e jovens são privados, na sua experiência diária, de modelos “positivos” de AM. É comum que, neste ambiente, as mulheres adultas, frequentemente, tenham nenhum ou escasso conhecimento sobre amamentação e conseqüentemente são desprovidas de confiança na própria capacidade de amamentar.

Muitas mães, atualmente, não possuem nenhum tipo de apoio familiar, ou de amigos, ou outros meios de apoio social para ajudá-las a superar problemas que possam encontrar com o AM. O número de filhos das famílias diminuiu, as famílias

em geral se encontram menos, residem em cidades maiores, e as avós geralmente trabalham fora e oferecem menos suporte e retaguarda às filhas que acabaram de se tornar mães. Podem ocorrer, casos de gerações inteiras de mães jovens nunca terem presenciado uma mulher amamentar e julgarem ser uma prática antiquada e desnecessária (CASTRO; ARAÚJO, 2006; OMS, 1989). O acesso facilitado dos serviços de saúde, no caso a rede ABS, pode suprir esta lacuna principalmente se o princípio do “vínculo” trabalhadores/usuários estiver estabelecido.

Como já referimos, o papel da família no processo de amamentar tem sido muitas vezes determinante e/ou influente na tomada de decisão da mulher em como alimentar seu filho. Muitas vezes a família fornece orientações à mãe sobre a melhor maneira de alimentar a criança. Cada família tem uma história de vida que vai sendo construída e perpetuada ao longo do tempo, constituindo-se a base dos valores, das crenças e dos ensinamentos repassados aos seus membros. Desse modo cada família tem suas próprias condutas sobre a prática do AM (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

Segundo a OMS (1989), a implantação de ações que abordam o tema desde a educação infantil é uma importante estratégia de incentivo e apoio a esta prática, onde as meninas fossem orientadas em relação à amamentação desde a infância e a adolescência, por meio de suas vivências e da educação nas escolas. Este incentivo, no sistema de ensino, deveria iniciar-se desde a pré-escola até o ensino médio, contando com as equipes de saúde, das UBSs, ESFs, EACSs e Vigilância Epidemiológica. Promover, por exemplos “concursos de cartazes” confeccionados pelos próprios alunos, com auxílio dos professores, e outras estratégias criadas pelas instituições tanto de saúde como de ensino.

É preciso, cada vez mais, a busca da construção de um novo olhar sobre o processo de amamentação, talvez a introdução do tema no sistema de educação infantil possa ser um início de alguma transformação não somente das mães mas de toda a família.

Concordamos com Tacla (2006), em que a nutriz na fase de amamentação perde facilmente a confiança em si mesma e pode ficar suscetível às pressões da família e dos amigos, oferecendo a mamadeira a seu filho. Principalmente as mães mais jovens são influenciadas pelas mulheres mais velhas que tiveram seus filhos em uma época que o AME não era tão valorizado (FRANÇA et al., 2008). Desse modo, a habilidade e sensibilidade são essenciais para ajudar estas mães a se sentirem confiantes e bem consigo mesmas, para que possam resistir às pressões

de outras pessoas, sem, contudo, ignorar ou restringir de modo agressivo os saberes e práticas das pessoas que compõem a rede de apoio destas mulheres. É preciso traçar estratégias para aliar o saber popular com o saber científico para estabelecermos a melhor maneira de apoio à amamentação, recorrendo a comparações de mudanças na vida cotidiana das pessoas e a outras que possam ser construídas a partir de lógicas que façam sentido para as mães.

Concordamos com Zuffi (2009) que diz ser a mudança de conduta algo desafiador. Defendemos que mudanças podem ocorrer com maior possibilidade quando se estabelece a escuta ampliada, não somente com a nutriz, mas muitas vezes com a família, de forma que eles identifiquem mudanças já experimentadas no cotidiano, com situações reais, e, também a partir de exemplos da natureza. Ou seja, se faz necessário delinear a semelhança na mudança nas condutas relacionadas às dificuldades com a amamentação. Por exemplo, ao perguntarmos para mulheres, principalmente para aquelas com mais idade e que exercem atividades no âmbito do domicílio, uma mudança vivenciada no cotidiano de suas vidas, é comum que deixaram de usar ferro à brasa para passar roupa e hoje usam o ferro elétrico, cozinham em fogão a lenha e hoje dispõem de outros tipos de forma de cozer, alimentos que deixou de ingerir que no passado não eram tão divulgadas suas restrições,, como a ingestão de gordura de porco no preparo das refeições diárias e outros exemplos vivenciados que possam emergir deste diálogo.

Essa identificação de mudança, com fatos concretos na vida das pessoas, subsidia traçar um paralelo com as mudanças ocorridas em relação a alimentação infantil. Exemplificando atualmente que não se recomenda mais a compressa quente, como também se a criança estiver em AME, não é necessário introduzir outro alimento na dieta do bebê, até os 6 meses de idade.

Esse tipo de diálogo permite estabelecer uma relação mais horizontalizada e amplia a possibilidade de mudança de conduta. Um diálogo meramente informativo, em que a mudança é determinada pelo profissional, muitas vezes não é significativo para gerar aceitação.

Contudo, outras entrevistas revelaram que o apoio familiar foi um fator facilitador do AME, visto que a família repreendia a introdução de outros alimentos na dieta da criança até 6 meses e incentivava a manutenção do AM por até 2 anos.

“tem o apoio da família... o meu marido mesmo, fala que é bom, sabe incentivava, ele não quer que dá nada agora.”(E1)

“O apoio da família eu acho que tudo né.” (E8)

“Apoio da família..., minha mãe não queria que eu desse outro leite pra ela.” (E14)

“Ah... o apoio da família porque todo mundo quer que eu amamente até 2 anos, então a família apoia bastante que eu amamente ele...” (E32)

A maneira como se dava esse “apoio familiar” ficou mais bem caracterizada no grupo focal:

“Tive muito incentivo da minha mãe e da minha sogra, porque por mim mesmo eu tinha parado, quando o bico do meu peito rachou eu já teria parado de amamentar.”(G6)

*“Ah minha mãe sempre me ajudou, minha sogra também, sempre me davam uma mão... **Cuidar do neném, ajudar nos afazeres da casa, lavar roupa, fazer uma comida, essas coisas, pra poder facilitar pra você ficar com aquele tempo para amamentar, pra não tirar aquele tempo pra fazer outras coisas... Então eu entendo apoio assim... ter alguém pra ajudar, pra fazer uma comida pra você enquanto você vai amamentar, pra poder ficar sossegada com o neném, nessa parte, de apoio, eu entendo assim.”(G9)***

“Na parte doméstica, minha mãe ajudou muito, no começo... ah ela falava ‘pode deixar que eu faço, vai lá e amamenta’ Na parte doméstica, minha mãe ajudou muito, no começo... ah ela falava ‘pode deixar que eu faço, vai lá e amamenta’ (G5).

Os depoimentos revelam que o apoio familiar, principalmente da sogra e da mãe, se dá por meio da ajuda direta nos afazeres domésticos e no cuidado do bebê, permitindo que a nutriz tenha mais tempo para se dedicar ao AM.

As atribuições da mulher-mãe-nutriz, de cuidar das atividades domésticas, da maternagem e do aleitar, podem contribuir para o surgimento de conflitos de diversas ordens, instituídas socialmente pelas desigualdades de gêneros. Esses depoimentos trazem como a família configura-se em um elo forte de apoio, em um período que é totalmente permeado por adaptações, no qual se fazem presentes demandas com especificidades e profundidades em graus diversos.

Dentre os componentes familiares no apoio familiar, a mãe, a sogra e o marido são reconhecidos como dois elos principais neste processo.

Meu marido me ajudou, também né... fazer uma comida... “Ah , minha sogra que mora em RP, veio de lá e ficou uns 3 dias comigo, isso me ajudou muito...”(G7)

“Só que eu acho assim, que meus pais ajudaram e acho que **o principal foi o meu marido, mesmo, quem me apoiou.** A “W” acordava de noite e ele pegava ela... **ele me ajudava, pegava no peito pra fazer bico, colocava a cabecinha da neném, ele colocava a menina pra arrotar... acho que o principal foi ele, ele me ajudou muito... ele foi o principal.**” (G10)

Ele (marido) me dava apoio, ele ficava do meu lado, ela (filha) chorava e ele pegava ela e já me dava... minha mãe também ajudou, eu não lavava roupa, ela tirou 1 semana pra ficar comigo e quase foi mandada embora do serviço. (G3)

Os depoimentos dessas mães demonstram que o apoio não se dá somente na “fala” e no incentivo da família e dos amigos, é preciso algo mais, é necessário também “fazer” algo por elas. A ajuda nos afazeres domésticos e no cuidado do recém-nascido sinaliza ser fundamental quando o assunto é apoio no AM.

O fato de as mães possuírem uma união estável e o apoio de outras pessoas, especialmente do marido ou companheiro, parece exercer uma influência positiva na duração do AM (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006). Em estudos realizados nos Estados Unidos, que analisam o papel do pai diante do AM, evidenciou-se que a atitude positiva do mesmo exerce um maior efeito na motivação para a mãe amamentar. Em Cleveland, um grupo de crianças cujos pais eram muito favoráveis ao AM, verificou-se que 75% das crianças eram aleitadas exclusivamente e 88% delas pelo menos parcialmente. Comparando-as com as crianças cujos pais eram indiferentes ou desfavoráveis à amamentação, a taxa de AME caiu para 7,7% (LITTMAN; MEBENDORP; GOLDFARB, 1994). No Texas, houve grupos de pais favoráveis ao AM, a maioria acreditava ser o alimento ideal para o bebê, entretanto, muitos pais (52%) achavam que a amamentação prejudicasse a estética das mamas, deixando os seios feios e 72% acreditavam que pudesse ser um fator de interferência na relação sexual do casal (FREED; FRALEY; SCHANLER, 1992). Apesar desses trabalhos serem norte-americanos, verifica-se, na prática, que esta concepção, mesmo que não explicitada e não tão difundida hoje, ainda está presente para algumas mães com diferentes conceitos e tabus a respeito da amamentação. Vale ressaltar no nosso estudo quando as mães foram indagadas a respeito do que os seus

companheiros pensavam da relação do AM, nenhuma sinalizou que eles fossem contrários a esta prática quanto a este motivo.

Analisando esses estudos, torna-se relevante incluir os pais nos programas em prol do AM, como cursos de gestantes, entre outros; aumentar as informações a respeito das vantagens da amamentação, desmitificar que o ato de amamentar causará danos às mamas, etc. Este processo educativo já deveria ser iniciado nas escolas desde a infância e adolescência. O que contribuiria aos futuros pais optarem mais pelo AM, como também a manejar melhor a nova situação do casal, promovendo maior satisfação na amamentação tanto para o homem como para a mulher.

Além do apoio manifestado pela ajuda nos afazeres domésticos e cuidado com o bebê, o suporte emocional, também, se mostrou importante como forma de apoio, tanto da família, amigos, vizinhos e até por grupos religiosos.

*“Pra mim, **em relação à minha família, ajudou muito na parte emocional, porque tinha dia que eu não aguentava olhar pra ela (filha), eu tinha que sair, eu não queria ela perto de mim, parece que tinha alguma coisa... que eu ia fazer mal pra minha filha, eu enlouqueci... nossa a minha família e os meus vizinhos foi tudo pra mim, me apoiaram muito, se não fossem eles...”** (G2)*

*“**Orientação, atenção quando eu mais precisei, em tudo, em todos os sentidos eles (grupo religioso) me ajudaram, eles colocavam comida na minha boca... ia gente fazer palestra em casa à noite**” (G2)*

*“**Apoio de amigos, que falavam pra não parar, continuar, aí eu continuei...**” (G5)*

*“Ah, é dar força, que nem **a minha sogra falava, não vai parar de amamentar, fica até 6 meses 1 ano, porque os dela ela amamentou até 2 anos**” (G7)*

*“Eu falo que a minha mãe fez falta nessa hora. Porque a minha sogra sempre falava faz isso, faz aquilo pra fazer descer o leite, mas **a orientação da mãe pra mim faltou mais... se eu tivesse tido a minha mãe comigo talvez não teria sentido tanta dificuldade na amamentação...**” (G3)*

Ainda em relação à interferência e/ou apoio da família, foi revelado por uma das mães no grupo focal que o excesso de visitas de parentes, amigos e principalmente a presença de outras crianças logo após o nascimento, pode ser um fator dificultador no processo da amamentação.

*“... por ser o meu primeiro filho eu achava que não ia conseguir amamentar, ia ficar nervosa, **ia ficar gente lá no quarto... eu fiquei preocupada um pouco, porque tem mãe que leva o filho junto**, aí você tá com o bebezinho novinho querendo dar de mamá... aí tem mais crianças no quarto, aí você vai ficando nervosa... essa parte dificulta.” (G1)*

Nesse depoimento temos conteúdos que precisam ser incorporados às discussões grupais e aos atendimentos individuais para ir problematizando com as mulheres a forma de lidar com essas situações. Será que não precisamos abordar sobre visitas às puérperas com outros grupos educativos, independente da gestação? Será que não estamos precisando introduzir no nosso cotidiano a pergunta: Qual é a melhor época para visitar a puérpera, por parentes e amigos?

6.2.2 Aspectos facilitadores

As mulheres deste estudo identificaram como aspectos facilitadores: **a Estratégia da Saúde da Família; o fato de gostar de amamentar e ter paciência; o acesso à informação e a boa alimentação; ter experiência prévia e a praticidade da amamentação aliada à prevenção de doenças e redução de gastos financeiros.**

Ao buscar identificar os aspectos facilitadores, na perspectiva das mães, foi encontrado um número restrito de estudos com esta abordagem (GUSMAN, 2005; PARIZOTTO; ZORZI, 2008; RAMOS; ALMEIDA, 2003). Consideramos o “saber” materno ferramenta importante para desvendar os determinantes do desmame, uma vez que ela é o agente ativo deste processo, podendo estar inserida em um contexto social com determinantes potencializadores ou não no processo de amamentação. Lembramos que estes aspectos podem ser singulares em cada experiência, o que nos assinala a necessidade de uma escuta acolhedora, onde a mulher possa realmente expor seus sentimentos, anseios, dificuldades, sem receio de julgamentos preestabelecidos (PEREIRA, 1996).

Nesse contexto, a mãe sente maior liberdade para transmitir os aspectos facilitadores do processo de amamentação, porém, muitas vezes o profissional de saúde precisa decodificá-los junto a elas. O teor verbal da interação não pode

sustentar sozinho esta relação. Tanto as mães como os profissionais respondem ao contexto da interação, como cada um se sente em relação ao outro e como estes sentimentos são transmitidos, como o tom de voz, postura física, entre outros. O tom e a emoção da voz possuem muita influência sobre o que os pacientes levam de seus atendimentos. Componentes socioemocionais envolvem a comunicação explícita dos sentimentos, nervosismo ou ansiedade, amabilidade ou empatia, expressão de satisfação e confiança. As características da interação entre mãe-profissional contribuem substancialmente para que as elas pensem e realizem conforme refletido em sua satisfação, sua recordação das informações pertinentes do seu problema, seu entendimento daquela informação e sua observância em relação às orientações (STARFIELD, 2002).

6.2.2 a) A Estratégia da Saúde da Família: potência para promover mudança na prática de saúde e do aleitamento materno

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), a ESF visa à reorganização da ABS, conforme os preceitos do SUS; com caráter substitutivo em relação à rede de saúde tradicional nos territórios em que as ESFs atuam; realizando ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado individual e coletivo ao longo do tempo; mantendo sempre postura proativa diante dos problemas de saúde da população; considerando o sujeito na sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural com os objetivos da busca pela promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e redução de danos.

E nessa perspectiva, deparamos com depoimentos que sinalizam, mesmo que indiretamente, a necessidade da implementação desta estratégia no município, não somente para promover mudança na prática do AM, mas na saúde de modo geral.

*“Eu até o 6º mês estava tudo tranquilo, depois tive hipertensão, fiquei do sexto mês até o final de repouso, não fazia nada, só saía pra ir do médico pra casa, ficava só deitada, então assim, era tudo no boca a boca, alguém vinha e falava alguma coisa, minha mãe vinha falava alguma coisa, **então não assisti***

nenhuma palestra, não participei de nada, tinha que ficar de repouso.”
(G4)

“Essa questão do profissional de saúde poder ajudar, o pré-natal é um acompanhamento, aí que nem no caso dela, ela teve problema a partir dos 6 meses, não teve condições de participar de palestras, não teve orientação para amamentar, aí neste caso precisava ter alguém também pra ir lá no hospital pegar a lista de quem tá tendo problema, ou aqui no posto e fazer uma visita, vai lá na casa, não pode participar, faz uma visita, e depois do parto também, principalmente depois, porque tem pessoas que acontece alguma coisa ali, que, por exemplo, até tá amamentando, mas o marido fica desempregado, aí já não tem aquele apoio do marido, e isso mexe com o psicológico da pessoa, e altera o corpo da gente e aí interfere para amamentar, aí acho que tem que ter uma pessoa pra perguntar, você tá precisando de alguma coisa, se não tem condições de tá saindo de casa, deveria de voltar a ter o médico da família, que tinha de primeiro, pra estar indo nas casas, fazer visita pra ver se tá acontecendo alguma coisa, porque lá onde minha tia mora em Minas, toda semana, tem as enfermeiras para as gestantes que vão nas casas, mesmo elas fazendo o acompanhamento, elas vão visitar, ver se tá acontecendo alguma coisa.” (G3)

Nesses depoimentos as mães reafirmam, direta e indiretamente, a importância da visita domiciliar, tanto para a gestante como para a puérpera, contudo, não somente para o aspecto da amamentação, mas sinalizando que os profissionais precisam cada vez mais desenvolver uma visão holística do usuário, onde toda a família precisa ser assistida em outros aspectos, além da amamentação, *“acho que tem que ter uma pessoa pra perguntar, você tá precisando de alguma coisa...”*

Vale destacar que o município, atualmente, possui uma ESF e uma EACS, com cobertura de 19% de agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2010b). Portanto, 81% da população do município de Serrana não é assistida por ACS, o que torna imprescindível a implantação de mais ESF e/ou EACS no município, como ficou explicitado no depoimento da mãe, acima citada.

A implantação das EACSs e ESFs, voltadas para a identificação e enfrentamento dos principais problemas de saúde em seu território, é a principal estratégia com vistas ao fortalecimento da ABS, devendo se tornar a porta de entrada preferencial do sistema de saúde (BRASIL, 2005a). A visita domiciliar durante a gestação e na primeira semana de vida da criança corresponde à uma das ações prioritárias de vigilância em saúde do binômio mãe e filho e de fundamental importância, não somente para identificar agravos à saúde, mas para o incentivo, orientação e apoio à amamentação (BRASIL, 2005a).

Assim reafirmamos que as unidades de saúde, independentemente da sua forma de organização, com ou sem cobertura por ACS, devem aderir à *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil* (BRASIL, 2005a). Precisam estabelecer prioridades para atender da melhor maneira possível à saúde materno-infantil, traçar estratégias junto aos gestores municipais, com os objetivos de não perder oportunidades de atuação, de prevenção, de promoção e de assistência, com vinculação e responsabilização da continuidade da atenção. Desse modo, precisamos (re)construir o trabalho em rede, onde cada profissional articula sua ação com a de outros atores sociais, assim cada nível de atenção vai conformando uma rede de saúde e de apoio social onde estão inseridas a mãe, a criança, a família e a comunidade.

6.2.2 b) Gostar de amamentar, ter experiência e paciência

Segundo Moraes, Araújo e Vargas (2006), o AM além de alimentar, protege, acalma, alivia tensões, gerando sensação de plenitude e completude tanto para o bebê como para a mãe. Os autores ainda trazem que as experiências a cada mamada vão deixando no bebê registros afetivos de segurança, confiança e amor, tanto pelo outro como, por si mesmo.

Esses fatores podem fazer do AM um ato prazeroso tanto para o filho como para a mãe, aumentando o vínculo afetivo, principalmente pelo contato físico. E se há aspectos positivos para ambos, há mais potência para se consolidar esta prática.

*“E o que facilita é que eles ficam com **mais contato com a gente, fica menos irritado, fica mais calmo.**” (E10)*

*“É bom, **é prazeroso** né, acho que é **o próprio contato da mãe e do filho né.**” (E37)*

*“É muito bom, eu acho que **é um contato maior que você tem com seu filho, o carinho...** é prazeroso.” (E38)*

*“É muito bom amamentar porque **você vê a carinha dele, o contato, eu acho muito bom,** eu falo assim... tem gente que não gosta de amamentar, aí eu falo: amamenta porque é muito bom, eu adoro.” (E23)*

As mães trazem o “contato” e o “olhar” como aspectos muito importantes, para a relação com seus filhos. Quando uma delas fala da “carinha” dele, o olhar pode trazer carinho, afeto, e isso pode facilitar o vínculo, não somente entre mãe e filho, mas também entre mãe e profissionais. Então trazemos a reflexão de como o “contato” e o “olhar” profissional/mãe para estas mulheres estão sendo estabelecidos nos serviços de saúde? Como estamos olhando para as mães? Será que estamos estabelecendo uma relação autoritária de cobranças? Será que estamos reproduzindo discursos prontos?

Assinalar um aspecto facilitador para a amamentação em relação ao “gostar de amamentar” nos remete a tecer algumas considerações acerca de como se constrói uma experiência prazerosa. Entendemos que esta é construída na vivência direta do processo de amamentar ou de maneira indireta. Dizendo com outras palavras – a mulher que vive o processo de amamentar diretamente pode ter uma experiência com ou sem dor, com ou sem frustrações e essa conformação vai se delinear como uma experiência prazerosa ou não.

Indiretamente a mulher pode não estar no processo ativo da amamentação, ou seja, não é a nutriz, mas está participando indiretamente, acompanhando a experiência da amiga, da vizinha, da irmã, ou até mesmo uma filha vivenciando a experiência da mãe por ocasião do nascimento de um irmão, e estas podem se constituir em uma referência demarcada por aspectos positivos e/ou negativos, a ser introjetada no campo da construção do que é prazeroso e do que não é prazeroso.

Essas considerações precisam ser incluídas na nossa prática profissional, e isto nos faz refletir como estamos abordando estas mães e futuras mães, sobre suas experiências vivenciadas direta e indiretamente acerca da amamentação, se suas angústias estão sendo acolhidas e (re)elaboradas, se a mulher tem a possibilidade de contar com alguém que escuta seus medos, suas dúvidas, nas relações que estabelecemos no cotidiano de trabalho.

Vários autores trazem que o AM não é um ato instintivo e sim um aprendizado (ALMEIDA; GOMES, 1998; NAKANO, 1996; PEREIRA, 1996; SILVA, 1990), ou seja, a experiência prévia pode ser um fator facilitador para a amamentação.

*“Acho que é a experiência, depois desses 8 anos... **eu tinha medo de amamentar**, acho que por isso que facilitou né, **aprendi a maneira certa de amamentar.**” (E23)*

Outros estudos também demonstram que a experiência prévia do AM é um fator facilitador para as mães (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; ROIG et al., 2010). A razão, segundo esses autores, estaria talvez, relacionada à insegurança da “mãe de primeira viagem”, eventualmente mais jovem e com menor grau de instrução. As mães que tiveram uma experiência prévia positiva com a amamentação, provavelmente, terão mais facilidade para estabelecê-la com os demais filhos (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006). Acrescentamos que o “novo” se constitui em um elemento que gera ansiedade, podendo estabelecer dificuldades. Neste sentido a experiência prévia positiva se fortalece como elemento facilitador.

Assim, torna-se necessário, nos serviços de saúde, estabelecer um olhar mais atento para as primíparas, visto que estas não tiveram a oportunidade de vivenciar a amamentação, ou mesmo podem ter vivenciado as experiências negativas de outras mulheres que amamentaram, como citamos anteriormente. Quanto às múltiparas as experiências negativas também devem ser abordadas, visando a ofertar recursos para a superação desta experiência.

Dessa forma não podemos considerar que o fato de a mulher já possuir experiência prévia com a amamentação irá requerer menor atenção aos cuidados da equipe de saúde, tendo em vista que cada nascimento ocorre em contextos não necessariamente iguais, ou seja, condições socioeconômicas, apoio de pessoas significativas para a mulher, situação conjugal, diferentes idades, entre outros. Assim a análise desta situação implica considerar múltiplos fatores entre estes as mudanças na dinâmica familiar com o passar do tempo.

As mães deste estudo também sinalizam que é preciso ter paciência no processo de amamentação, que o encontro mãe – bebê pode ser muito prazeroso, contudo, não é um ato simples e fácil, requer adaptação, reafirmam que não é uma ação instintiva, que por muito tempo se acreditava e que ainda está presente na prática profissional de muitas equipes de saúde.

*“Eu acho que é a paciência e querer, porque **o começo é difícil até ele se adaptar a você e você se adaptar a ele é difícil**, mas se você tem um pouquinho de **paciência é muito rápido**, ele vai aprender rapidinho e não tem problema nenhum. **É só ter paciência e querer**, porque tem muitas mulheres que não querem, acham que é difícil, não querem e pronto.” (E33)*

*“Ter paciência e tempo. Porque eles necessitam bastante. **A calma é fundamental, se você ficar nervosa você não consegue e também ter tempo pra ele.**” (E23)*

6.2.2 c) Acesso à informação e à boa alimentação

Outro fator importante que também aparece neste estudo, como facilitador do AM, esclarecido no grupo focal, é o acesso à informação:

*“Bom, **pra mim o que facilitou foi informação...** que nem no caso os amigos... eu tenho muitas amigas que tiveram filhas antes de mim, quando eram adolescentes... mas o amamentar mesmo, **se você tem alguém que te orienta...** eu creio que não racha, nada disso, porque não aconteceu comigo... **Muitas é falta de informação, de orientação...**” (G1)*

*“Mas eu falo, que hoje **se eu tivesse tido um pouco mais de orientação lá atrás, acho que não teria acontecido isso (bico do peito rachar e sangrar).** Eu falo que a minha mãe fez falta nessa hora... Porque a minha sogra sempre falava faz isso, faz aquilo pra fazer descer o leite, mas a orientação da mãe pra mim faltou mais... se eu tivesse tido a minha mãe comigo talvez não teria sentido tanta dificuldade na amamentação.” (G3)*

*“Lá no posto da coahb também sempre tive **orientação, isso que foi me ajudando a perder aquele medo.**” (G3)*

Podemos observar nesses depoimentos que as orientações em relação ao AM nem sempre são provenientes dos profissionais de saúde; as mães demonstram confiança também nas orientações de outros atores sociais, como familiares e amigos. Mais uma vez encontramos subsídios para defender a inclusão das pessoas com que as mães se relacionam no cotidiano nas discussões sobre a prática da amamentação, quer presencial, quer por meio de provocar a interlocução sobre o assunto AM.

Em relação às orientações dos serviços de saúde, Del Ciampo et al. (2008) mostraram em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, com 502 mães de crianças menores de 6 meses de idade, que receberam orientação no pré-natal para realizarem o AME até os 6 meses, quando questionadas sobre o período ideal de amamentação materna exclusiva, foi indicado um elevado percental (83,1%) de mães que desejavam um período de AM igual ou superior a 6 meses. Segundo os

autores, as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, assim como as campanhas de saúde pública estão atingindo seu objetivo junto a esta população estudada.

Contudo o paradoxo se evidencia quando perguntamos: se existem tantas mulheres referindo o desejo de amamentar por 6 meses ou mais, por que na prática isto está ocorrendo ainda de maneira tão incipiente? Revelado nas baixas taxas de prevalência de AME no país. O que acontece entre o desejo e conseguir aleitar exclusivamente?

Defendemos que a adoção de uma relação horizontalizada, sem julgamento onde a mulher possa expressar seus sentimentos, é um dos caminhos possíveis para desvendarmos os obstáculos entre o desejo verbalizado e ato de não amamentar. Prática essa que exige desenvolver e exercitar a escuta ampliada.

Além do acesso à informação, os discursos das mães sinalizam que o acesso à alimentação saudável também pode influenciar no sucesso do AM. Algumas mães consideram que os alimentos ingeridos por elas possam influenciar na “quantidade” e na “qualidade” do leite materno.

*“...às vezes eu penso se eu tivesse me **alimentado direito, eu tinha mais leite**” (E14).*

*“**O que facilita, acho que é a boa alimentação da mulher. Eu como arroz, feijão, muita verdura, legumes, tomo bastante água... a água eles falam que é muito importante.**” (E21)*

*“...a gente **tem que se alimentar, senão não dá leite**, eu sei porque a minha sobrinha tem um filho da idade dele, aí minha sobrinha não comia e o leite dela com 2 meses e pouco secou, porque **ela não comia pra dar leite.**” (E28)*

*“E também as coisas que a gente come né, que **dizem que vai tudo pro leite**, e aí prejudica ele, não sabem né se é verdade isso, mas muita coisa que a gente come acaba afetando eles, né.” (E36)*

*“A questão da boa alimentação, pro leite é verdade, e com 2 meses eu já queria perder a barriga logo, aí **comecei a parar de comer e o meu leite secou**, nossa fiquei desesperada... sem leite e o neném chorando...” (G8)*

*“A mulher que **não se alimenta direito, o leite não é bom né.**” (G8)*

Esses depoimentos sinalizam a importância de decodificarmos junto com as mães algumas questões relacionadas com a alimentação da nutriz e o leite materno: Qual o significado de uma “boa alimentação”? O que significa “alimentar direito”?

Qual a relação da alimentação com a produção do leite? Será que estas questões estão fazendo parte do cotidiano de nossa prática profissional? Será que estas questões vêm sendo problematizadas em uma relação horizontalizada entre os profissionais de saúde e as mulheres? Consideramos que não basta apenas informar o que a mulher deva ou não ingerir, mas sim se faz necessário dialogar sobre seus hábitos alimentares, suas crenças em relação à alimentação da gestante e da nutriz, enfim um diálogo onde os contextos cultural e econômico sejam incluídos. Mais uma vez a habilidade comunicacional é necessária.

Os discursos destas mães corroboram Almeida (1999), ao afirmar que a alimentação da mulher constitui uma das principais preocupações no puerpério e durante o período de lactação.

6.2.2 d) Praticidade da amamentação aliada à prevenção de doenças e gastos financeiros

As mães, quando abordadas ainda em relação às facilidades da prática do AM, trazem a praticidade como um fator facilitador:

*“Facilita muito né, você **não tem que ficar fazendo mamadeira**, é bem melhor amamentar, eu gosto.” (E6)*

*“Ah, lógico, nada como o peito, **até pra sair tem que ficar levando mamadeira...**” (E4)*

*“**Eu acho que o que facilita é o leite pronto na hora, né, não precisa ter aquele trabalho de estar fazendo**, você vai lá lava o peito, dá pra ele e ele mama até... ele mesmo vê o tanto que ele quer mamar. Não tem aquela coisa de ficar: põem mamadeira, vê o tanto que a criança quer... é um leite bom, saudável.” (E8)*

*“...porque **é mais fácil do que ficar levantando, ficar preparando mamadeira**, então eu dô o peito né... facilita porque não precisa ficar levantando de noite.” (E22)*

Como já citado anteriormente, alguns autores (ALMEIDA, 1999; RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2000) abordam a praticidade da amamentação para a mulher e as vantagens desta praticidade, uma vez que o leite é oferecido diretamente do seio

para o lactente, na temperatura e composição ideais, dispensa-se o uso de mamadeiras, leites artificiais, entre outros gastos necessários para a alimentação artificial, além de cuidados essenciais, como higiene e preparo adequado do leite que será oferecido na mamadeira, que frequentemente, por estes cuidados não serem aplicados na maioria da população ou mesmo pela falta de compreensão, contribui para o aumento da morbidade das crianças por doenças, principalmente as infectocontagiosas, as diarreias e a própria desnutrição por diluição excessiva do leite, que conseqüentemente, colabora para o aumento da morbidade e mortalidade infantil.

Aliado à praticidade do AM, as mães consideram como outro facilitador a proteção dos filhos contra doenças:

*“... como eu amamento ele desde quando nasceu, **a gente percebe que a criança fica mais forte, mais saudável**, sabe. Então eu gosto. E inclusive o que curou ele da bilirrubina, que a médica me falou, foi a amamentação e o banho de sol.”(E8)*

*“Ah... eu amamentei minhas meninas até 3 anos. **Minhas meninas nunca ficaram doentes**. O leite materno ajuda nessa parte, sabe... **qualquer doencinha que vem é muito difícil de pegar**.” (E13)*

*“Ah... **eles ficam mais resistentes né**, porque eu mamei até 3 anos e nunca fiquei doente.” (E17)*

*“Ah... gasta bem menos e também **“eles” falam que amamentar no peito a criança não fica doente, né**.” (E31)*

É consenso na literatura científica que graças aos fatores existentes na composição do leite materno, a proteção contra infecções é mais eficaz além de ocorrerem menos mortes entre as crianças amamentadas (BRASIL, 2009b; CASTRO; ARAÚJO, 2006). Segundo Victora et al. (1992), as crianças não amamentadas possuem um risco três vezes maior de desidratação e de morrerem por diarreia quando comparadas com as amamentadas.

Os fatores imunológicos presentes no leite materno como protetores das doenças infantis estão incorporados nos discursos das mães, podendo ser um recurso a ser utilizado no incentivo da prática da amamentação materna, no entanto tendo o cuidado de não transformá-lo em um instrumento de culpabilização. Isso significa lembrar que o ato de aleitar ou não ao peito materno é um ato singular, tendo de se considerar o contexto de cada experiência.

A relação estabelecida entre a prevenção de doenças e a redução de gastos financeiros indubitavelmente ocorre, como observamos em depoimentos supracitados, pois haverá menos gastos para a família, decorrentes da redução do uso de medicamentos, de internações, das ausências no trabalho das mães que muitas vezes não possuem registro na carteira profissional e dependem de trabalhos “eventuais”, além dos gastos com mamadeira, leite artificial, gás de cozinha, entre outros.

Desse modo, reafirmamos que todos os aspectos facilitadores do AM precisam ser decodificados junto às mães, de forma a explorar os significados destes para cada uma delas.

6.2.3 Aspectos dificultadores

Foram identificados como aspectos dificultadores da amamentação, na perspectiva das mulheres: **o estresse e seus componentes**, que descreveremos a seguir, **trabalhar fora de casa e não ter direito à licença-maternidade de 6 meses**.

Concordamos com Almeida (1999, p. 51) ao afirmar que esses determinantes multifatoriais estão associados à realidade concreta de cada mulher, e o grande desafio que se apresenta para o AM no Brasil talvez seja “*a capacidade de compatibilizar os determinantes biológicos com os condicionantes socioculturais, os quais configuram a amamentação como uma categoria híbrida entre natureza e cultura*”.

6.2.3 a) Fatores estressantes

A análise dos depoimentos possibilitou identificar como fatores estressantes no processo do AM, entre as mães participantes deste estudo, **a concepção de “leite fraco” e “pouco leite”, ao choro do bebê, a dor nas mamas relacionada à fissura mamilar, aos mamilos planos ou invertidos e à demora da descida do leite**. Segundo Dewey (2001), certo nível de estresse é aceitável quando se

consideram os eventos que envolvem o nascimento de uma criança e seus cuidados, embora, na maioria dos casos o início da lactação não seja significativamente afetado. No entanto, o autor destaca que mãe e bebê que vivenciam altos níveis de estresse, como modificações frequentes na rotina de cuidados, têm grandes chances de sofrer alguns efeitos adversos, orgânicos e psicossociais. Acrescentamos que, o próprio cotidiano da nutriz gera um certo nível de estresse, pelo aumento das responsabilidades, dos afazeres domésticos, do cuidados com o bebê e com os outros filhos, entre outras situações, como podemos observar nos discursos a seguir:

*“E o que dificulta é... **você estar na correria, você tem que parar tudo, pegar e dar o mamá, entendeu?”**(E8)*

*“Eu acho que é o **estresse**, porque trabalha muito, né... eu tentei muitas vezes, mas acho que ela parou porque eu insisti na mamadeira também... eu não estava aguentando mais”. (E18)*

Considerando que o estresse constitui um estrato fisiológico (dor, cansaço, exaustão) ou emocional (ansiedade, frustração, ambivalência) que interferem sobre a capacidade de adaptação da mulher a situações de seu novo cotidiano (ACKRÉ, 1994; DEWEY, 2001), há dois mecanismos descritos na literatura científica que apontam a relação entre estresse e lactação (ALMEIDA, 1999):

1 – Em condições de estresse, o organismo da mãe aumenta a liberação de adrenalina, que provoca vasoconstrição generalizada. Quando a vasoconstrição é muito intensa, os hormônios envolvidos na produção e ejeção do leite, a prolactina e ocitocina, respectivamente, dificilmente chegam às células lactófaras e miopiteliais da mama, ou seja, a ligação destes hormônios com os receptores específicos nas células alveolares podem ser bloqueados pelos peptídeos supressores da lactação, cuja concentração está diretamente relacionada ao estresse materno. Desse modo o reflexo de ejeção do leite possui um fator psicológico maior que o somático. Portanto os níveis de estresse, a que são submetidas as nutrizes, podem influenciar o processo do AM e causar o desmame precoce (ALMEIDA, 1999).

2 – Bebês que vivenciaram situações de estresse, durante o trabalho de parto, podem apresentar-se muito sonolentos e letárgicos, dificultando os reflexos de preensão e sucção eficiente da mama. A falta de sucção não gera estímulos neuroendócrinos responsáveis pela liberação dos hormônios envolvidos na

produção de leite e comprometem a lactação. A prolactina, hormônio responsável pelo reflexo da produção láctea, faz com que o volume de leite produzido tenha uma relação direta com a sucção da criança. Assim, quanto maior a frequência e a duração, maior a intensidade de estímulo no complexo mamilo-areolar, o que proporciona a manutenção de níveis elevados do hormônio no sangue e gera o aumento da produção do leite. Para completar o processo da amamentação, o hormônio ocitocina desempenha papel fundamental para a saída do leite, que consiste na contração das células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, forçando o leite para fora dos ductos (ALMEIDA, 1999).

Como discutimos anteriormente, a amamentação assume diferentes significados, permeados pela decisão da mulher, da vontade, do desejo, da culpa, de revisão de seus vários papéis sociais, de modificações importantes em seu viver, com várias representações sociais vinculadas à cultura, que vão além do biológico, o que confere a esta prática sua complexidade, e que pode interferir ou não no desejo de amamentar.

Para que o processo de AM se torne prazeroso e com mais possibilidades de êxito, consideramos importante que a mulher seja estimulada a ser protagonista das ações de saúde, que não se sinta coagida em expor seus sentimentos e vontades, por meio de relações menos verticalizadas e coercitivas.

Pereira et al. (2005) defendem que no domicílio a relação profissional-usuário se dá de maneira mais horizontalizada, e o usuário/mãe se coloca e é colocado como sujeito dessa relação. Nesse sentido acrescentamos que essa relação seja extensiva em todos os ambientes dos serviços de saúde.

Reafirmamos nossa reflexão quanto à importância da corresponsabilidade na continuidade da assistência, sendo a visita domiciliar um dos recursos potenciais para identificar necessidades da puérpera e do RN quer de natureza biológica e de outras pertinentes a dimensão humana. Permitindo identificar algumas questões: Será que o AM é o causador do estresse para estas mães? Será que as mães estão tendo outro tipo de problema/necessidade? Será que elas estão tendo algum tipo de ajuda/apoio?

Torna-se, então, necessária a produção de um modelo de atenção pautado pela integralidade, tomando a amamentação como um processo psicologicamente complexo para a mãe, permeado por conflitos e ambivalências que muitas vezes

poderão interferir de maneira negativa no AM ou mesmo causar o desmame precoce.

Leite, Silva e Scochi (2004) enfatizam a necessidade de o profissional colocar-se disponível em compartilhar das inúmeras situações que envolvem a experiência de amamentar, a fim de ajudá-la e apoiá-la, compreendendo a nutriz em todas as suas dimensões do ser mulher. A comunicação é a estratégia que permite compartilhar com a pessoa seus pensamentos, crenças e valores.

Para minimizar as dificuldades dessa prática, defendemos a implementação de uma política de saúde que possibilite realizar a visita domiciliar, assim que a puérpera retorne para casa, com o objetivo de atender precocemente às demandas pertinentes a este período, no sentido de construir uma assistência configurada pela corresponsabilidade, acolhimento, continuidade, escuta ampliada, diálogo e resolubilidade. Alertamos que nesse encontro, como em outros, é preciso estabelecer uma relação sem “hierarquia de saberes”, onde as mães possam revelar ao profissional as dificuldades do AM, até mesmo aquelas geradas pelo estresse cotidiano e não apenas manifestar aquelas socialmente aceitas.

6.2.3.1 Concepção de “leite fraco” e pouco leite (“leite do peito não sustenta”)

Desde o século XIX, o “leite fraco” é a principal alegação da nutriz para o desmame precoce (ALMEIDA 1999; ALMEIDA; GOMES, 1998; SILVA, 1990), talvez para “fugir” da fala e da escuta formatada dos profissionais da saúde. A insegurança materna em relação à capacidade de produzir o volume de leite necessário ou um leite suficientemente adequado para o desenvolvimento e crescimento do seu filho tem diminuído a autoconfiança de muitas mulheres, sendo um dos fatores determinantes para a interrupção do AME (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

Acreditamos que precisamos recuperar junto com as mães o conceito de “leite fraco”, considerando cada uma na sua singularidade, com um olhar individualizado, e ainda estimular que suas crenças e conceitos sejam expostos.

“tô dando leite do peito e comecei agora dá leite... normal... de caixinha, porque **meu leite não tá dando conta, aí eu comecei a dar porque ele chora muito**, sabe, a noite inteira, o dia inteiro chorando aí agora eu **comecei a dar (leite artificial) ele começou a dormir melhor sabe**, mas antes ele não deixava eu fazer nada, só chorava aí foi onde eu tive que começar a dar outro leite pra ele ... **acho que por mais que seja leite do peito não tava sustentando ele**, de tanto que ele mamava o dia inteiro, a noite inteira e ainda chorava.” (E24)

“Ah... eu tinha dúvida se quando o bebê vai crescendo e aí o **leite fica fraco...**” (E1)

“Eu não tive leite. Eu só tive aquele bendito colostro e foi embora. Deve ser **hereditário**, minha mãe não teve, minha irmã não teve.” (E9)

“Ah, eu gosto de amamentar, mas **ela não é de mamar muito, esse peito aqui o leite até secou.**” (E14)

“...eu só comecei a dar mamadeira mesmo por causa disso, de **não ter leite suficiente pra dar pra ele**, senão eu ia continuar dando até ele querer... o outro (filho) largou com 7 meses.” (E24)

As razões apontadas por estas mães para explicar o desmame precoce já eram mencionadas desde o século passado, como já citado por Almeida (1999). O discurso de pouco leite ou que o leite é fraco podem representar respostas prontas e estereotipadas e retratam uma forma socialmente aceita no contexto sociocultural, para o fato de não desejarem mais amamentar, de modo a não ferir sua autoestima e serem julgadas de maneira punitiva pela sociedade.

Silva (1990) ainda traz que o ato de não amamentar um filho pode constituir uma transgressão a uma regra. O reconhecimento da amamentação como “desagradável” poderá gerar sentimentos de culpa e sofrimento para a mulher. Esta se defende ocultando seu saber/desejo, ou às vezes, não admite nem para si mesma que tem um saber/desejo incoerente com a moral vigente do AM. Ela permite, então, que o discurso dos motivos de não amamentar, ou seja, que vão contra a norma, para uma norma reinterpretada conforme discursos detentores de justificativas socialmente aceitas, visto que a sociedade tolera a transgressão justificada.

Como podemos observar no estudo de Monson et al.¹² (1991 apud Almeida, 1999, p. 27) que demonstrou na cidade de Nova Friburgo – RJ 77,9% das

¹² MONSON et al. Revisão e Avaliação das Ações Nacionais para Implementação do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno. Brasília: Gráfica Modelo, 1991.

alegações verbalizadas pelas mães para o desmame correspondiam em acreditar que o “leite não sustenta”, ao passo que o retorno ao trabalho foi o motivo apresentado por apenas 3,4% das mulheres entrevistadas. Talvez devido ao fato do discurso do “leite fraco/pouco leite” não culpabilizar diretamente a mulher ao contrário da escolha dessa mulher em trabalhar fora do lar. Outros estudos também revelaram a propensão de se justificar o discurso feminino para o desmame com base na hipogalactia (CARRASCOZA, et al. 2005; CARVALHAES; PARADA; COSTAS, 2007; DEL CIAMPO, et al., 2008; ISSLER; LEONE; QUINTAL, 1989; GAÍVA; MEDEIROS, 2006; OMS, 1989; RICCO, 1975).

Entretanto, são raras as disfunções lactogênicas mamárias causadas por fatores biológicos, o que permite refutar, com fundamentação científica, a crença da hipogalactia e do leite fraco (BRASIL, 2009b; NAKANO, 1996; OLIVEIRA; VANNUCHI, 2006; SILVA, 1990).

A grande maioria das mulheres possui condições biológicas para produzir leite suficiente para atender à demanda de seu filho (BRASIL, 2009b). Muitas vezes essa percepção do “leite fraco” e do “pouco leite” é o reflexo da insegurança materna quanto à capacidade de nutrir plenamente seu filho. Essa insegurança, com frequência reforçada pela rede social da mulher, faz com que as mamadas frequentes e o choro do bebê sejam interpretados como sinal de fome. O choro da criança aumenta à medida que esta ansiedade da mãe e da família é passada para a criança (CASTRO; ARAÚJO, 2006). A introdução de outros leites, muitas vezes, alivia a tensão materna, e essa tranquilidade é passada para o bebê, que conseqüentemente passa a chorar menos, reforçando a ideia de que a criança estava com fome. Entretanto, com o início da suplementação que geralmente é oferecida em mamadeira, ou seja, a criança passa a ter contato com bicos artificiais, a mesma passa a sugar menos o peito e, assim, ocorre um rompimento do ciclo fisiológico da lactação, podendo impedir ou dificultar a secreção láctea devido à falta de estímulo neuroendócrino nas mamas, processo que com frequência culmina com o desmame precoce. Como podemos observar no discurso a seguir:

*“... eu dava o leite do meu peito e **não tinha sustentação não, o médico falava “tem”, mas não tinha, a menina gritava, eu dava a mamadeira e ela calava a boca e dormia.**” (E12)*

Nesse depoimento pode haver um nível de estresse que está implícito e configurando o ciclo acima descrito. Na maioria dos casos, as mães desconhecem e ou não admitem que seu estado emocional pode interferir no reflexo de ejeção do leite, ocasionando a sua redução. As reações emocionais, o estresse, o cansaço e a falta de motivação podem inibir a secreção láctea, e tais circunstâncias, na maioria das vezes, não são controladas e tão pouco desejadas pela nutriz.

E é neste período que voltamos a afirmar a importância da atuação do profissional de saúde junto à puérpera, como forma de apoio, incentivo, que precisa ser permeada por vínculo, corresponsabilização, integralidade e resolubilidade.

Algumas mães até recebem a orientação de que o leite fraco não existe, porém por meio de atividades educativas que parecem contar com uma abordagem mais verticalizada que dificulta a oportunidade de discutir as impressões/concepções maternas sobre o assunto.

“Nas palestras que eu ia da Enfermeira “H” ela falava que não existe leite fraco.” (G5)

Assim, diante do quadro de desmame precoce no município estudo, chamamos novamente a atenção acerca da prática profissional e fazemos os seguintes questionamentos: Será que a maneira como se constituem as atividades educativas está sendo suficiente? Tendo em vista que muitas mães acreditam na existência de leite fraco. Estamos decodificando junto às mulheres o significado de “leite fraco” e “pouco leite”? Quais informações estão sendo passadas? Como estão sendo transmitidas?

Os argumentos referidos pelas mães de que “seu leite não sustenta”, convidam-nos a pensar se isto não se traduz em um pedido de “apoio”, como uma resposta socialmente aceita para a incapacidade de verbalizar o insucesso na realização de uma prática que para a sociedade ainda se reflete como sinônimo de amor incondicional ao filho.

Provavelmente, os julgamentos sociais são tão arbitrários que as mulheres não deixam transparecer, nem para si mesmas, que não querem amamentar, para que seu papel de mãe não seja repreendido. Há mães que, não querendo amamentar, utilizam argumentos aparentemente irrefutáveis, visto que a nossa sociedade não permite que a mulher exponha a sua incapacidade emocional de amamentar, sem que isto seja considerado como uma forma de desafeto.

Ademais, a chegada do bebê pode acentuar na mãe sentimentos de insegurança aliados a fantasias de impotência, incompetência e medo de causar dano à criança. Esta pode ser a razão pela qual muitas mães, mesmo as detentoras de maior saber intelectual, aderem às crenças populares acerca de um “leite fraco”, ou apresentem extremas dificuldades para suportar a angústia diante de um bebê que aos olhos maternos não engorda e não cresce, mesmo com incansáveis esforços dos pediatras ou da equipe de enfermagem para tranquilizá-las. Tais ocorrências representam, muitas vezes, fantasias inconscientes de caráter persecutório que podem chegar aos limites da ideação paranoide (CASTRO, 2006) e acarretar o desmame precoce, caso não haja sensibilidade por parte do profissional em ajudar a mãe neste momento.

Vale destacar que, no período da apojadura (2 a 4 dias pós-parto), a produção do leite ocorre por ação hormonal mesmo que a criança não esteja sugando a mama. A partir de então, o que vai determinar a quantidade de leite que é produzida é o número de vezes que a criança mama ao dia e sua capacidade de esvaziar as mamas com eficiência (BRASIL, 2009b).

Porém ressaltamos a existência de fatores maternos e infantis não potencializadores para o esvaziamento adequado das mamas, o que pode ocasionar a redução da produção do leite e o profissional da saúde precisa estar atento para estes casos. A pega incorreta é a principal causa de remoção insuficiente do leite; mamadas infrequentes e/ou curtas; horários preestabelecidos; ingurgitamento mamário; uso de bicos artificiais (mamadeira, chucas ou chupetas) e ainda outras situações, embora menos freqüentes: bebê com lábio/palato leporino; freio lingual curto; micrognatia; macroglossia; uso de medicamentos na mãe ou na criança, que provoque sonolência no bebê ou que reduza a produção do leite materno; asfixia neonatal; prematuridade; síndrome de down; uso de álcool; drogas; fumo; entre outras (BRASIL, 2009b; OLIVEIRA; VANNUCHI, 2006). Desse modo, a busca por uma história detalhada, uma coleta de dados e observação cuidadosa da mãe como também exame criterioso, tanto das mamas quanto das mamadas, são fundamentais.

Nesse momento, precisamos estar junto com a puérpera e sua família para orientar os possíveis sinais de hipogalactia, identificados por sinais e sintomas do bebê como: frequência urinária (menos que 6 vezes ao dia) e evacuações infrequentes, com fezes em pequena quantidade, secas e duras. Porém, o indicativo

ideal de que a criança não está ingerindo o volume adequado de leite é por meio do acompanhamento de seu crescimento, ou seja, se está havendo ganho de peso adequadamente (BRASIL, 2009b; OLIVEIRA; VANNUCHI, 2006).

Ao considerarmos as especificidades do município estudado, composto por apenas 01 ESF e 01 EACS, e as especificidades inerentes ao puerpério, apontamos que a puérpera precisa ter prioridade no atendimento, e nessa perspectiva as UBSs precisam buscar estratégias para garantir a continuidade da assistência. Nesse sentido as diretrizes estabelecidas na linha do cuidado do pré-natal e puerpério podem ser um recurso com potência para construir essa continuidade da atenção (SÃO PAULO, 2010).

Vale destacar que a criança que recebe água, chá e/ou alimentos complementares sentirá menos necessidade de sugar a mama por estar com sensação de saciedade. Assim, o seu ganho de peso poderá ser insatisfatório, passando para a mãe a impressão de que a causa é a baixa produção láctea.

*“Ah... eu tinha dúvida se quando o bebê vai crescendo e aí o **leite fica fraco, que ele sente sede.**” (E1)*

Esse discurso reafirma a crença do leite fraco, até mesmo para saciar a sede do bebê, e vai se consolidando à medida que o bebê se desenvolve.

A coloração e consistência do leite humano promovem sentimentos de insegurança materna quanto a sua qualidade e poder de saciedade da fome do lactente (ALMEIDA, 1999). O autor ressalta que este padrão foi culturalmente instituído pela sociedade com base na cor e consistência do leite de vaca, que parece ser mais “forte”. Desse modo, quanto mais espesso for o leite e mais intensa a sua coloração, de preferência branco opaco, melhor sua qualidade, na concepção não somente materna, mas também da família.

Muitas mães desconhecem as variações da composição do leite ao longo das mamadas. Torna-se imprescindível que os profissionais criem possibilidades de abordarem com as mães, com linguagem simples e acessível, estas variações que vão do início ao final da mamada. No início da amamentação, o lactente recebe um leite predominantemente composto por constituintes hidrossolúveis, o que lhe atribui uma coloração mais clara, que vão paulatinamente sendo substituídos por componentes lipossolúveis, lhe conferindo um aspecto mais amarelado (ALMEIDA, 1999). Desse modo refutam-se as orientações fragmentadas que ditam horários

rígidos de amamentação e reforçam a necessidade de as mães compreenderem as fases que seu leite possui.

A maneira de desencadear este diálogo é fundamental. Consideramos mais adequado elaborar questões que despertem a curiosidade sobre a coloração do leite materno, lembrando que as experiências anteriores precisam ser valorizadas, assim pode-se iniciar o assunto buscando saber se a mãe teve oportunidade de observar a coloração do leite materno, podendo ser o seu ou de outra mulher, ou se já ouviu falar algo sobre estes aspectos.

6.2.3.2 O choro do bebê

O choro do bebê compreende mais um componente dos fatores estressantes, segundo as mães deste estudo. Nos discursos podemos observar que o choro do bebê está intimamente relacionado com a concepção materna de “leite fraco” e/ou “pouco leite”.

Assim, nesse sentido, consideramos que algumas questões norteadoras poderiam ser discutidas junto com as mães por parte dos profissionais: Qual a diferença de o bebê mamar e “chupetar” quando está na mama? Quais são os sinais do bebê que está somente “chupetando” o mamilo? Como se realiza a pega corretamente?

*“Teve um dia, quando ela tinha nascido, ela pegou e começou a mamar das **9 horas da noite até 1:40 hs da manhã, sem parar**, eu só ia trocando de peito, e ela **gritando, chorando, chorando, aí eu falei para a minha mãe “eu não estou aguentando mais”**, naquilo eu já estava sem leite, ficava tomando água, tomando leite, pra ver se descia mais, e ela gritando e chorando, **aí minha mãe pegou e pois leite na mamadeira**, e deu, aí depois disso ela aceitava mais a mamadeira do que o peito, ela mamava o peito só quando o peito tava bem cheio, que tava até escorrendo, porque do contrário ela não pegava. Aí com 3 meses ela não quis mais o peito.” (E2)*

Nesse discurso a mãe refere que amamentou a criança por cerca de 4 horas e 40 minutos, e mesmo assim a criança continuava chorando de fome. Podemos pensar que esta criança não estava mamando de maneira eficiente, e sim

desenvolvendo uma sucção ineficiente que popularmente é mais denominado de “chupetando”.

A mãe, certamente, não conseguiu diferenciar o ato de sugar eficientemente a mama e o de “chupetar” provavelmente devido à pega incorreta, ou mesmo pelo prazer do bebê em exercitar a sucção, levando a elaborar a lógica que sustenta o ciclo operacional e interpretativo, conforme descrito a seguir: mãe com a mama volumosa (sinal para a mãe que tem leite), o bebê realiza por mais tempo o ato de sucção do mamilo, não exercitando a dinâmica de sucção completa e, portanto, não extrai o volume de leite suficiente para saciar sua fome. Para a mãe o volume da mama é indicativo de ter leite, o bebê ficou bastante tempo no peito e logo após deixar a mama materna volta a chorar. Esta lógica é traçada por muitas mulheres, por nós atendidas, sendo o que possibilita a concepção de leite fraco, ou seja, elas verbalizam que pelo grande volume das suas mamas sabem que tem leite, o bebê suga muito tempo, mas logo volta a chorar, então elas concluem que seu leite é fraco, emergindo o sentimento de insegurança. Esse quadro foi revelado no seguinte depoimento:

*“E quando você tá com o **peito cheio**, esguichando leite, e ele mama, mama, mama, **mas continua chorando?**” (G2)*

Ao descrever esse processo, temos a intenção de ilustrar que ao estimular a mãe a expor como ela conclui que seu leite é fraco, temos a oportunidade de trazer o que ainda não teve significado da prática de amamentar para ela e nesse momento convidamos que ela introduza em sua lógica outro fator que possa não ter observado, ou seja, vamos procurar identificar a diferença entre mamar (extrair leite) e “chupetar” (não extrair leite). Nesse diálogo temos potência para conseguir estimular esse aprendizado teórico e prático. Após as orientações e a adoção da conduta para que o bebê promova a sucção efetiva, a desconstrução do conceito de leite fraco pode ser estabelecida, sem que o profissional de saúde precise dizer literalmente que seu leite não é fraco.

A experiência relatada por nós é confirmada por Sousa (2006) quando aponta em seu estudo a maneira como as mães construíam a concepção do leite fraco; a autora traz que era muito comum elas dizerem que o RN ficava no seio materno em torno de uma hora, uma hora e quinze minutos e em seguida chorava. Estes resultados vêm ao encontro do depoimento desta mãe, em que o bebê ficou “das 9

horas da noite até 1:40 hs da manhã” no seio materno, e ele continuava gritando, chorando e só parou com a mamadeira oferecida pela avó.

Cabe-nos neste momento fazer algumas reflexões a respeito deste depoimento: Na prioridade de fazer que o bebê mame, temos respeitado o sono e o descanso da mãe? Como enfrentamos o fato de uma mulher passar a noite inteira amamentando? Como temos compartilhado estas situações? Será que precisamos abordar com a mãe e família sobre o cansaço, a fadiga, o estresse e a redução do leite materno? E nesse sentido o que significa poder proporcionar esse descanso por uma noite bem dormida e o aumento da produção láctea? Como podemos pensar do ponto de vista familiar e dos serviços de saúde, estratégias que possibilitem o repouso/descanso da nutriz?

E ainda é preciso ressaltar a necessidade de orientação por parte dos profissionais às mulheres quanto à diferença de “chupetar” e mamar. A falta dessa informação somada ao choro do bebê e a falta de experiência materna levam a mãe ao desespero, à fadiga física e mental, não permitindo que o AM seja um ato prazeroso tanto para a mãe quanto para o bebê, comprometendo o processo de aleitar, como podemos observar nos depoimentos a seguir:

*“...eu já **não estava aguentando mais**, uma porque ele mamava muito, outra porque ele **chorava demais**, ele não dormia.” (E24)*

*“Porque ele não pega, solta, aí a gente **fica nervosa** e ele fica nervoso também.” (E36)*

*“Nossa você vê a criança **chorar**, aí você dá mamá ele não pára, nossa...” (G8)*

*“Aí ele fica tão **nervoso** que nem querer pegar o peito ele vai pegar...” (G7)*

Essas mães reafirmam que o choro do filho é um fator dificultador significativo no processo da amamentação e é interpretado como sintoma de leite insuficiente, sendo uma das principais causas de desmame (BRASIL, 2009b). Quando a mãe se desespera ao ver que o filho “não pega” a região mamilo areolar, conseqüentemente a criança assume um certo nível de estresse por não estar conseguindo mamar. Apesar de a sucção do bebê ser um ato reflexo, para ele retirar o leite materno de forma eficiente, uma boa pega é fundamental.

Nesse momento o profissional da saúde precisa estar junto da mãe, orientá-la sobre a anatomia e fisiologia da lactação, fazendo uso de uma linguagem fácil e acessível. Orientar e demonstrar também como se dá uma boa pega, quais são as posições corretas para a amamentação. Alertar que o bebê não chora apenas quando está com fome, a importância dos estímulos auditivos, visuais, olfativos, etc. Porém, não podemos esquecer da questão emocional, que muitas vezes é permeada por exaustão, frustração e desespero, como ficou evidenciado nos depoimentos acima.

As respostas das mães em relação ao desmame precoce devem ser analisadas, na maioria das vezes, como uma forma de defesa e transferência de responsabilidade a fatores independentes do desejo materno. Os seus discursos tornam-se escudos protetores das punições morais que possam receber da sociedade por não ser considerada uma boa mãe, porque um dos definidores sociais de boa mãe é ser boa nutriz (ALMEIDA, 1999).

De acordo com Leitão (1995), observa-se uma ínfima preocupação dos trabalhadores em perceber a importância de entender algumas características próprias do usuário, que servem de “pistas” para realizarem seus trabalhos. Estas características estão diretamente relacionadas com a cultura, a classe social, as crenças, etc. Por exemplo, pode aparecer no serviço de saúde uma puérpera que refere à equipe de saúde que está amamentando seu filho ao seio exclusivamente, com receio de julgamentos e discursos já preestabelecidos, porém, na realidade toda vez que tenta amamentar seu filho, este chora muito e a mesma está oferecendo mamadeira por acreditar que seu leite não é capaz de sustentá-lo, ou seja, que o “leite é fraco”.

Não é tarefa fácil, mas precisamos buscar interpretar o conteúdo latente dos discursos das mães. Como refere Leitão (1995), a linguagem poder ser verbal ou estar implícita em gestos, expressões faciais, posturas, etc., sendo que cada forma de comunicação não verbal adquire um significado próprio dependendo no contexto onde surge. Em virtude dessas afirmações do autor, nos deparamos na prática com mães que não conseguem manifestar a dificuldade em amamentar, suas angústias, inseguranças, etc. Muitas vezes estes sentimentos estão expressos no simples olhar e por isso precisamos ir além da comunicação verbal, para tentarmos traduzir o que a mãe não está conseguindo externalizar.

Além do estresse causado pelo choro do bebê, há também a possibilidade de algumas mães refutarem em admitir outras respostas mais próximas da verdade (SJOLIN; HOFVANDER; HILLERVIK, 1977), em que o AM é percebido como algo sem motivação, estressante, inconveniente, fisicamente cansativo e prejudicial à estética do seio feminino.

Para conseguirmos tornar manifestos estes motivos latentes, é preciso que ocorram transformações na prática de saúde, onde o vínculo estabelecido entre o usuário e o trabalhador de saúde possa se tornar um potencializador para revelar os obstáculos mais próximos da veracidade dos fatos. Como podemos analisar no diálogo estabelecido entre duas mães participantes do grupo focal:

*“**Realmente existe leite fraco**, tem gente que fala que não existe leite fraco, **mas pra mim que sou mãe eu acredito que existe sim...** E quando você tá com o peito cheio, esguichando leite, e ele mama e continua chorando?” (G2)*

“Ah, mas isso não é fome, ele deve tá sentindo outra coisa.” (G1)

*“**Não, é fome sim!** Eu ia direto no médico com ele, e ele dizia que o neném tá bem, **mas era dar uma mamadeira com leite A que a menina dormia...** Ela começou a tomar o leite A com 4 dias, aí o médico brigava comigo e eu dizia; a filha é minha e eu vou dar o leite sim, e dei... **quando dava meu leite a menina chorava, chorava e quando dava o leite A a menina dormia.**” (G2)*

“É porque se o bebê tá chorando é porque é fome mesmo, igual a M2 falou.” (G5)

*“Bom cada um é cada um, o “H” mamava, arrotava e dormia, que nem a pediatra falou pra mim, criança não chora à toa, se mamou, arrotou, é porque o peito tá cheio, agora se ele começa a chorar, alguma coisa nele tem... começou a dar cólica, aí era cólica, e aí o que acontece, porque ele mama, quanto mais cólica ele sentir mais ele vai mamar, **a gente acha que é fome, mas não é fome**, ele suga por causa que é cólica, bom três pediatras me falaram a mesma coisa.”(G1)*

Mais uma vez, o choro é sinal de fome para algumas mães. No entanto, outras mulheres conseguem identificar que o choro pode também significar outras causas. Como a própria literatura científica traz, o choro de um bebê pode ser desencadeado por diversas causas, que precisam ser divulgadas para as mães: adaptação à vida extrauterina, dor, frio, calor, gases intestinais, roupa incomodando, sono, irritação, cansaço de posição, barulho e claridade excessivos, medo, ansiedade, falta de contato, solidão, entre outros (MELLO, 2005). Pois esta é a única

maneira de o bebê comunicar-se com o meio em que vive. Como uma das mães expôs neste depoimento, que o choro do seu filho não era de fome e sim de cólica. A convivência ensina os pais a identificar os “tipos de choro” e as necessidades correspondentes, o que exige tempo e muita paciência, disponibilidade, amor e compreensão (MELLO, 2005).

Com apropriação desses possíveis causadores do choro do bebê, o profissional da saúde precisaria desenvolver habilidade comunicacional onde ele fosse tecendo um diálogo com as mulheres, explicitando os vários motivos que levam ao choro, de forma a citar exemplos, provocar o interesse para que elas identifiquem a diferença entre os diversos tipos de choro, de modo a estimular a construção do aprendizado significativo. O profissional nesta perspectiva não deve apenas sacar do seu conhecimento os fatores que podem levar ao choro do bebê e apresentá-los como uma verdade sua e que elas devam aceitar passivamente; é preciso problematizar os diferentes pontos de vista.

Além disso, há profissionais de saúde não capacitados ou não dão a real importância de orientar as mães para redução das cólicas do bebê, uma das principais causas de choro, que pode se confundida como sinal de fome. Talvez por inexperiência, falta de conhecimento científico ou por não acreditarem na sua eficácia. Porém, existem muitas alternativas funcionais para este desconforto do neonato: evitar o uso de chupetas; devido à maior ingestão de ar; colocar sempre o bebê para arrotar; fazer o uso de compressas mornas no abdômen do bebê; massagens circulares; ou mesmo acolher o bebê com as perninhas encolhidas e colocá-lo em contato com o abdômen da mãe são algumas destas alternativas (MELLO, 2005).

Muitas vezes, os pais se deixam influenciar pelo desespero do choro do bebê ou mesmo por opiniões dos familiares, amigos, vizinhos, fazendo com que complementações, com outros leites e chás em mamadeira, sejam oferecidas à criança. Como já foi citado anteriormente no estudo de França et al. (2008) que mostrou a interferência da avó materna na introdução precoce de suplementos na mamadeira antes do primeiro mês de vida do bebê. Neste momento, o profissional tem de estar junto não somente com a mãe, mas com as avós, as tias, as irmãs, enfim toda a família, para aliviar a ansiedade e tensão que permeiam o choro da criança, e incluir a família nos grupos de mães e outras atividades educativas para

apoio e promoção do AM. Na ABS, a prática da atenção à saúde é direcionada ao indivíduo, nas relações estabelecidas por ele intra e extrafamiliares.

Trabalhar no incentivo do AM tendo os princípios da ABS como norteadores da organização e do desempenho dos serviços de saúde exige dos profissionais conhecimento técnico-científico, abordagem sociocultural além da comunicação que tome o diálogo como um instrumento para o desenvolvimento da produção de entendimento.

6.2.3.3 A dor relacionada à fissura mamilar

A dor, principalmente causada pela fissura mamilar, é reconhecida como outro fator dificultador para o AME, associada ao estresse materno, como podemos observar nos depoimentos a seguir:

*“Ah... o começo que é horrível, **porque o bico racha, dói muito.**” (E19)*

*“...quando eu via alguém dando de mamá **eu não imaginava que doía tanto pra dar de mamá.** Aí no começo meu peito chegou a **rachar**, a descolar um pouquinho, mesmo assim eu continuei dando de mamá, **chorando no começo**, mas eu continuei dando de mamá normal e hoje já acho até gostoso dar de mamá.” (E21)*

*“Ah, eu tive **o bico do peito rachado, mas mesmo assim amamentei.** Recebi orientação do meu médico.” (E39)*

*“Quando ele nasceu, ele mamou bem pouquinho em mim, aí depois **o bico do peito rachou, mas mesmo assim eu não parei de amamentar, era uma dor que eu ia lá no outro mundo e voltava...**” (G7)*

*“Eu tive duas filhas e **eu não amamentei porque meu peito saía sangue fiz tudo o que o médico mandou fazer mas não deu certo...**” (G8)*

Esses depoimentos nos remetem às experiências traumáticas em relação ao AM “*eu não imaginava que doía tanto pra dar de mamá*”; “*era uma dor que eu ia lá no outro mundo e voltava*”, “*o meu peito sangrava*” que podem gerar forte potencial de influências negativas, não somente para este processo de amamentação vivenciado, mas também para as próximas experiências com a amamentação.

Nesse momento de sofrimento, a nutriz espera encontrar no profissional uma escuta acolhedora. Contudo, observamos que ainda não há diferença, para a maioria dos trabalhadores, entre ouvir e escutar. O cumprimento de tarefas exigido pela organização dos serviços ainda é o grande impasse, para este tipo de escuta. Segundo Leitão (1995), para escutar a fala do usuário é preciso compreender e valorizar as experiências do outro, despojar-se do poder e da autoridade, interpretar o pensar, sentir e agir do outro de acordo com o contexto em que o indivíduo se insere.

Ainda segundo o autor, expressar a dor pode significar para o usuário expor-se de tal maneira que represente uma situação de constrangimento, em que muitas vezes escolhe-se vivenciar a situação desconfortável, sentindo-se incapaz, impotente e solitário, frente ao sentimento de dor. Nos relatos as mães verbalizaram a dor que sentiram, no entanto, a maioria refere que continuou a amamentar. Não exploramos junto a essas mães se elas manifestaram essa dor aos profissionais dos serviços de saúde, e nesse sentido fica a interrogação de quantas mulheres escolheram vivenciar o desconforto e a solidão do quadro de dor para não serem julgadas por não desejarem amamentar seu filho.

A dor extrema nos mamilos, acompanhada de fissuras e sangramentos, possui estreita relação com o desmame precoce e a introdução de mamadeira (BRASIL, 2009b). Neste sentido, é fundamental a adoção de práticas de caráter preventivo, tanto nos serviços de ABS, como nas maternidades.

Na perspectiva dessas mães, a fissura mamilar parece ser um dos piores traumas. Este aspecto dificultador aparece amplamente descrito na literatura e corrobora Carrascoza et al. (2005) e Vinha (2002) quando relatam que o aparecimento de fissura mamilar aparece com frequência entre as puérperas, e na maioria dos casos, é decorrente da técnica incorreta de pega do mamilo durante a sucção da criança, ou seja, a criança exerce sucção apenas sobre o mamilo, ao invés do complexo mamilo areolar, também devido à forma inadequada de retirada da criança do peito e à falta de exposição das mamas ao sol.

Uma das possibilidades para evitar este tipo de trauma é a orientação acompanhada de demonstração, como já citamos anteriormente. Mostrar para a mãe e para a gestante a importância de testar a flexibilidade da aréola antes de oferecer o peito para o bebê e orientá-las que esta região estando flexível significa que a tensão láctea na região ampolar está normal, e o RN fará a aplicação da força no local correto,

ou seja, na região areolar. Ensinar a proceder à retirada manual do leite acumulado, caso a região mamilo areolar não esteja flexível, ou seja, a tensão láctea nesta região está aumentada. Nos casos dos mamilos pseudoinvertidos ou invertidos, é recomendado proceder à manobra de exteriorização do mesmo antes de obter a flexibilidade areolar e nestes casos necessário assegurar um acompanhamento mais sistematizado da mulher e do RN, durante o puerpério (RIBEIRÃO PRETO, 1998).

As condutas preventivas e curativas dos traumas mamilares no pós-parto, principalmente relacionadas ao ingurgitamento mamário e à mastite, foram e têm sido objeto de estudo de vários pesquisadores (BRASIL, 2009b; MELLO, 2005; RIBEIRÃO PRETO, 1998; VINHA, 2002). Nas produções destes autores, encontramos as ações preventivas e curativas descritas de forma sistematizada.

E nesse sentido, voltamos a enfatizar que não basta apenas informar sem conscientizar, lançando mão de frases prontas sem antes conhecer a singularidade de cada mulher, seus conhecimentos, suas experiências anteriores e suas crenças.

Assim, retomamos alguns questionamentos quanto à prática de saúde oferecida às mães: Como está a assistência hospitalar e domiciliar para estas puérperas? Está havendo corresponsabilidade? E o vínculo destas mulheres com a unidade de saúde onde realizaram o pré-natal? Durante o pré-natal, os profissionais estão alertando as mães que procurem as UBSs diante de dificuldades, entre elas as dificuldades inerentes à amamentação? Por qual motivo elas não retornam às UBSs quando se deparam com tais problemas da amamentação? Será que as UBSs estão sendo acolhedoras o suficiente para permitir o acesso e resolubilidade a essas puérperas? Será que as informações estão se dando de maneira impositiva? Há abertura para a mulher falar de si, de suas experiências anteriores, de suas escolhas, de suas crenças? As unidades de saúde estão monitorando as datas prováveis do parto das gestantes em seguimento e se programando para fazer a visita domiciliar à puérpera, o mais precoce possível após o nascimento do bebê? As maternidades têm estabelecido algum tipo de comunicação com os serviços da rede de ABS, para informar sobre o parto e nascimento do RN?

Nesse sentido teceremos um alerta sobre a elaboração, em relação à maioria dos manuais de orientações sobre a prática do AM que em grande parte tem apresentado as mesmas de forma prescritiva, e muitas vezes não sinalizam sobre o cuidado além da dimensão biológica, não valorizam a abordagem sociocultural, ou seja, dificuldades maternas relacionadas ao medo, insegurança, angústia e outras

situações estressantes que as mães vivenciam neste período puerperal. Vale ressaltar que temos manuais de excelente qualidade, mas ainda há lacunas nos aspectos citados.

Conforme sugere Starfield (2002), quando os profissionais de saúde promovem um diálogo que possibilita estabelecer uma relação com os usuários, onde estes se sentem mais livres para colocarem o que pensam e sabem a respeito de sua doença, seus efeitos, seus manejos, conseguem expor suas necessidades de saúde. A autora ainda traz que as interações entre profissionais e pacientes contribuem para a efetividade da atenção. O desafio para os profissionais é estabelecer um diálogo no qual as preocupações dos pacientes surjam num contexto diferente do questionamento direto.

O modelo de atenção, como já referimos, ainda está voltado essencialmente para o caráter curativo, em que o médico é uma figura hegemônica na maioria dos serviços de saúde. O modelo das UBSs tradicionais baseado em agendamentos de consultas, muitas vezes, com raras exceções, inibe a puérpera de estabelecer contato com a unidade de saúde, pois ela já conhece suas regras organizacionais e sabe que o médico e outros profissionais dificilmente vão escutar sua queixa, caso não tenha consulta agendada. Mas como poderia agendar uma consulta se seu “problema” apareceu naquele dia? Observamos também, novamente com raras exceções, que não há uma corresponsabilidade da UBS com a puérpera e muitas não procuram a equipe de enfermagem para ajudá-las, talvez pela falta de vínculo ou por não acreditar na resolubilidade da equipe da UBS. Com o predomínio do modelo centrado na consulta médica, a mulher quando procura a UBS solicita consulta com o ginecologista e não expõe que sua dificuldade está relacionada à dificuldade de amamentar. E por outro lado alguns trabalhadores, geralmente não buscam estabelecer um diálogo que possibilite esta identificação. Muitas dificuldades do AM podem e devem ser trabalhadas pela equipe de enfermagem, portanto a demanda reprimida para consulta médica não deve se constituir em obstáculo para atender a puérpera com dificuldade no processo de amamentação.

Desse modo, concordamos como Pereira (1996), ao trazer que o modelo de saúde é pautado no atendimento médico, centrado na queixa dos usuários, sendo o trabalho da enfermagem complementar ao ato médico. A autora aponta, em seu estudo, relatos de enfermeiras quanto às dificuldades de desenvolver ações independentes do ato médico, e conclui que a UBS tem sido caracterizada por um

nível de atenção individualizada, privilegiando ações médico-assistenciais. Esta prática de saúde é ainda intensamente dominante nos dias atuais.

Ainda encontramos profissionais de saúde despreparados tecnicamente e muitas vezes insatisfeitos com as próprias condições de trabalho, principalmente pela falta ou má distribuição de recursos humanos, pela organização do serviço, ou mesmo pela falta de atualização técnico-científica, o que, conseqüentemente afeta de maneira direta a relação profissional/usuário, e a ação do trabalhador acaba sendo meramente assistencialista.

Apesar de não termos nos aprofundado nesse depoimento, essa mãe possivelmente deve possuir mamilo semiprotruso ou invertido, o que dificultou a pega do bebê. Cabe-nos aqui refletir se os profissionais da equipe de saúde estão sendo capacitados em lidar com tal situação? E se estão, como estão sendo ministradas estas capacitações? De modo participativo, rodas de conversa, ou “aulas prontas” meramente expositivas? Ou será que o problema está na difícil conciliação entre a falta ou a má distribuição de recursos humanos e a grande demanda de serviço?

6.2.3.4 Demora da descida do leite

As mães também sinalizam que o período anterior à apojadura é gerador de muita ansiedade e insegurança, deixando-as suscetíveis a administrar outro tipo de leite ao seu filho.

*“...meu **leite demorou 5 dias para descer** quando ela nasceu, aí eles (equipe de enfermagem da maternidade) deram o leite A, aí como eu não tenho bico, eu não amamentei.” (E4)*

*“Quando ela tava com **5 a 6 dias eu dei o leite A porque meu leite demorou muito para descer**, não sei se porque na hora que ela nasceu **eu assustei** porque ela nasceu com a testinha toda roxinha... na hora eu assustei, comecei a chorar, achei que tinha acontecido alguma coisa com ela ... e com isso meu leite demorou um pouco pra descer...” (E21)*

*“O meu peito sangrava e **não saía leite**... não saía nem o colostro, já no hospital, não saía, lá na maternidade, eles fizeram tudo que foram de exames, não saía, aí com 15 dias eu tive que ‘drenar’.” (G3)*

Além da insegurança e ansiedade do início da amamentação, uma das mães sinaliza que a ocorrência de um evento “traumatizante” ou “estressante” no pós-parto imediato corrobora a demora da amamentação – o “leite demora para descer”. A situação estressante ainda na maternidade foi um fator dificultador para o início da amamentação.

Em algumas mulheres, a “descida do leite” ou amamentação ocorre somente alguns dias após o parto (3 a 4 dias) (BRASIL, 2009). Nestes casos os profissionais de saúde devem empoderar a puérpera em relação à amamentação, além de orientar medidas de estimulação da mama, como a sucção frequente do RN e a ordenha manual. Nestes casos é muito útil o sistema de translactação (sistema de nutrição suplementar), que consiste em um recipiente (copo, xícara ou a própria mamadeira com um furo no bico) contendo leite, de preferência leite humano pasteurizado, colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo por meio de uma sonda. Assim, a criança ao sugar o mamilo, recebe automaticamente o suplemento. Dessa maneira o vínculo mãe e filho não é interrompido, e o bebê continua a estimular a mama materna e sente-se gratificado ao sugar a mesma e ser saciado por nutrição suplementar (BRASIL, 2009b).

Consideramos que os profissionais de saúde precisam ser criteriosos para adotar essa conduta e não torná-la mais uma rotina indiscriminada.

6.2.3 b) Trabalhar fora de casa e não ter direito à licença- maternidade de 6 meses

Atualmente a mulher enfrenta muitos desafios em conciliar as atividades domésticas, o emprego externo e a amamentação. Neste sentido, concordamos com Pereira (1996), ao entendermos que na prática do AM devemos considerar, além da criança, a mulher inserida em uma sociedade complexa e contraditória, onde a mesma desenvolve diferentes papéis (enquanto mãe, esposa, mulher, trabalhadora, estudante), e que ao depender da sua necessidade e de sua situação social e psíquica-singular, tem de desempenhar estes papéis ao mesmo tempo, o que pode levar muitas a uma opção pela não amamentação.

“...já saiu os 6 meses da licença-maternidade para funcionário público né, acho que deveria ser para todas as mães, porque eles falam para amamentar até os 6 meses, mas a maioria das mulheres tem 4 meses só né...” (E21)

“É que eu vou trabalhar semana que vem, aí eu tava ensinando ela mamar a mamadeira, mas ela não quer não.” (E2)

“Eu acho assim... a maioria das mães não amamentam porque tem que voltar a trabalhar. Então depois que a criança mama a mamadeira, ela não quer mais o peito, a maioria das crianças que eu conheço é assim. Então a mãe volta a trabalhar, dá a mamadeira, e ela (a criança) rejeita o peito, ela não quer mais. Então eu acho que tinha que ficar um pouco mais com a criança que vai ser o caso dela, o dia que eu trabalhar ela vai sofrer um pouco porque ela não quer a mamadeira, eu vou ter que trabalhar.” (E2)

“Pra mim ... o maior problema é porque eu preciso voltar a trabalhar.”(E5)

“Eu acho que trabalhar fora dificulta a amamentação. É porque eu trabalhei fora dela (a outra filha), então assim, ela ficou ‘aniquiladinha’, eu não amamentei ela direito como devia ter amamentado. Então ele (o bebê) como eu não estou trabalhando, ele está mais forte, mais saudável, mais esperto.” (E8)

“... quanto mais você dá mamá mais você produz leite, e como agora eu trabalho fora o leite foi diminuindo.” (E19)

“... o segundo (filho) eu parei porque tive que trabalhar, e essa minha filha mamou até 4 meses porque meu leite do peito secou, aí não tive mais leite, ela mesmo começou a rejeitar, pelo fato de não sair (o leite), aí comecei a dar a mamadeira...” (G5)

“...mas outra dificuldade que eu tive também foi que quando ele tava com 2 meses, a mulher pra quem eu trabalhava, pediu pra mim voltar no serviço.” (G7)

“A minha outra filha eu comecei a trabalhar e meu leite secou, porque eu ficava o dia inteiro trabalhando, aí ela pegava o peito só no fim da tarde, aí foi indo até que secou.” (G8)

Indubitavelmente o fato de trabalhar fora do lar foi considerado, por estas mães, como uma causa relevante para o abandono do AME. Este resultado apresenta complementaridade na análise quantitativa deste estudo, quando o desmame precoce apresentou associação estatisticamente significativa com a não concessão da licença-maternidade, que provavelmente ocorre nos casos de trabalhos eventuais sem registro na carteira de trabalho.

Podemos também observar nos depoimentos que mesmo as mães que possuem licença-maternidade de 4 meses já começam a “ensinar” o bebê a mamar na mamadeira, ou seja, o período do AME que era para ser de 4 meses passa a se configurar em menos tempo devido a preocupação materna com a alimentação da criança quando ela retornar ao trabalho.

Alguns estudos também assinalam este fator como dificultador da amamentação (PARIZOTO et al., 2009; PARIZOTTO; ZORZI, 2008; VIEIRA et al., 2004). Há uma tendência das mães com atividade extradomiciliar (trabalho e/ou estudo) a amamentarem por menos tempo. Foi verificado em um estudo realizado por Ricco (1975), que a mediana do desmame para as mães com atividade fora de casa era de 2 meses e para as mães sem atividade de 4 meses e meio.

Na verdade o perfil feminino e da família brasileira sofreu alterações, notadamente ao longo da década de 1980, quando quase dobrou o número de famílias chefiadas por mulheres, ocasionando um aumento expressivo da participação feminina no mercado de trabalho, o que a fez contribuir de maneira direta na composição da renda familiar e assumir o ônus de uma tripla jornada: de mãe, dona de casa e trabalhadora remunerada (GIFFIN, 1994). Isto reflete como são contraditórios os valores sociais atribuídos à maternidade: de um lado a mulher precisa trabalhar, muitas vezes, por questão de sobrevivência; do outro, o próprio trabalho impõe-se contrário aos cuidados com os filhos e, conseqüentemente, à amamentação.

Para Silva (1990), o trabalho não é a causa para o desmame, mas sim as condições sociais concretas em que este se realiza, que o torna incompatível com a amamentação em caráter exclusivo, como, por exemplo, falta de intervalos para amamentar, ausência ou alto custo de creches próximas aos locais de trabalho, o não cumprimento das leis trabalhistas, etc.

Como evidenciaram Rea et al. (1997) que as mulheres providas de creche no local de trabalho ou sala de coleta e estocagem do leite materno, além da possibilidade de flexibilizar seus horários foram as que amamentaram por mais tempo.

Apesar dos depoimentos das mães participantes do nosso estudo não abordarem estas questões relativas às condições do trabalho fora, vale ressaltar que além do período de licença maternidade ser utilizado pela maioria das mães como uma garantia para a amamentação, outros fatores são fundamentais para a

manutenção da lactação, principalmente a proximidade mãe/criança com as creches próximas ao local do trabalho (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006), conforme previsto no Decreto-Lei 5.452 de 1 de maio de 1943 (BRASIL, 1943) que toda empresa, com mais de 30 mulheres acima de 16 anos devem oferecer creche ou reembolso para pagamento da mesma. Outro direito da lactante para dar continuidade ao AME são os dois intervalos de 30 minutos (BRASIL, 1943), que para serem efetivos deveria haver creche no local ou próximo ao trabalho, o que na maioria das vezes não acontecem, fazendo com que as mães usufruem da concessão de sair uma hora mais cedo do trabalho em razão da distância entre o local de trabalho e a creche (PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

Outra questão importante em relação ao trabalho materno fora do lar é o trabalho em tempo integral, que quando excede 20 horas semanais aumenta os índices de desmame (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; REA et al. 1997).

Estes fatores que interferem nas condições de trabalho somados à licença maternidade de apenas 120 dias comprometem a prática da amamentação exclusiva por 6 meses. O aumento da prevalência do AME pode se conformar, caso houvesse maior conscientização por parte das empresas ao aderirem à licença maternidade de 180 dias, garantindo assim o direito à criança da amamentação exclusiva por 6 meses.

Nessa perspectiva, em 2008, foi sancionada a Lei 11.770 (BRASIL, 2008a), que criou o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade para 180 dias mediante concessão de incentivo fiscal. Esta foi uma grande conquista para a mãe trabalhadora brasileira, porém a ampliação de 4 para 6 meses é facultativa, e muitas empresas e instituições ainda não aderiram.

A valorização da ampliação da licença-maternidade precisa ser incorporada não somente pelos profissionais de saúde, mas também pelos diferentes empregadores, cidadãos e principalmente pelas gestantes e nutrizes, visto que a ausência da mulher no trabalho por 6 meses pode evitar problemas de saúde futuros dos seus filhos, e assim, haverá redução das ausências destas mulheres, justificadas por problemas de saúde dos mesmos. Precisamos lutar pela lógica de que a permanência das mães, junto às crianças durante o período de AME, tem potência para que no futuro, tenhamos adultos mais saudáveis.

Além da proteção contra doenças, o AME por 6 meses, segundo Bowby (1990) ainda contribui para o desenvolvimento de adultos mais afetivos, com maior

capacidade de lidar com o estresse, menor chance de apresentarem comportamentos agressivos e violentos, o que representa uma transformação para nossa sociedade.

Desse modo podemos considerar que esta iniciativa tem potencial para contribuir tanto na prevenção de enfermidades, como na redução da violência e da criminalidade, podendo gerar mudanças profundas na estrutura social do país, capazes de desenvolver gerações mais saudáveis e produtivas, com elevado retorno econômico para o respectivo investimento.

Vale destacar que alguns países apostam nesta perspectiva de que a amamentação é um investimento na qualidade de vida futura, como é o caso da Austrália, onde a licença-maternidade é de 1 ano e da Suécia que corresponde à 1 ano e 4 meses (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), 2007).

Os sentimentos relacionados à gravidez e à amamentação caracterizam-se por profundas ambivalências da mulher entre o ganho (ganhar um filho) e a perda (limitações profissionais, sociais e financeiras trazidas pela maternidade, etc). Contudo a mídia reforça tais ambivalências à medida que, contraditoriamente, mostram a imagem da *mãe perfeita, profissional bem-sucedida e dona de casa feliz*, e assim por diante. Vale destacar que a experiência de cuidar e amamentar um bebê não precisa abortar o amadurecimento profissional ou afetivo de uma mulher, mas ao contrário, enriquecê-lo.

Nesta perspectiva, retomamos como o processo de amamentar é complexo, e permeado por múltiplos fatores de ordem emocional que somados a falta de apoio e políticas sociais que protejam à reprodução e a amamentação, assim como a grande inserção feminina no mercado de trabalho em condições não protetoras para o AM, indiscutivelmente continuaremos assistindo o declínio da prevalência da amamentação exclusiva.

7 Considerações Finais

As questões relacionadas à prática da amamentação e ao desmame precoce vêm se configurando como objeto de interesse ao longo da história. Este estudo possibilitou demonstrar que seus determinantes se conformam além do biológico, passando por dimensões políticas, econômicas, sociais, culturais e emocionais.

Nesse sentido concordamos com Almeida (1999) quando relata que *“A amamentação, além de ser biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida”* (ALMEIDA, 1999, p. 15).

Identificamos que há um grande desafio nos serviços de saúde, que compreende o poder de abarcar uma visão holística da nutriz e o contexto social no qual ela está inserida, considerando além do referencial do corpo biológico e apreendendo a mulher na sua singularidade, a comunidade na qual ela está inserida e suas práticas sociais de maneira mais abrangente.

O presente estudo possibilitou apreender com mais significado o que está latente em relação às causas que levam ao desmame precoce. O baixo índice de prevalência da amamentação exclusiva, evidenciado na etapa quantitativa desta pesquisa, nos instigou ainda mais na busca por suas causas, na perspectiva das mães, assim como refletir sobre nossa prática profissional nos serviços de ABS, pautada nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2006).

Nossas inquietações não podem se conformar apenas na mudança de paradigma da amamentação, mas também na mudança do modelo de atenção na saúde. Os depoimentos das mães participantes deste estudo reafirmaram o caráter complexo do desmame precoce que é fortalecido pela falta de apoio profissional caracterizado por relações impessoais, verticalizadas e impositivas gerando uma assistência fragmentada, desarticulada e coercitiva.

Precisamos nos afastar de práticas que insistem no modelo prescritivo, reducionista e estereotipado que culpabiliza a nutriz. A culpabilidade do desmame precoce não pode ser atribuída exclusivamente às mães, tendo em vista que o sucesso ou insucesso do AM é, em grande parte, fruto dos contextos sociopolíticos, econômicos, culturais e familiares, dos quais estas participam e a maneira como este cenário interfere, objetiva ou subjetivamente, física ou emocionalmente, no processo da amamentação.

Chamamos a atenção para a urgência na mudança de certas práticas de saúde, da interação serviços-profissionais-usuários, da necessidade de transformar o modelo

de atenção mais pautado na incorporação de diretrizes que produzam um cuidado mais humanizado, com vistas a considerar as crenças, os tabus, os sentimentos, os diversos significados e as representações que constituem a singularidade da mulher em cada experiência no processo de aleitar.

Para isso não basta somente promover cursos de “capacitação/treinamento” para os profissionais da saúde. Muitos destes já realizaram mais de um curso de “treinamento” em AM, o que não está sendo significativo para promover a melhora nos índices de amamentação (CASTRO; ARAÚJO, 2006). Talvez pelo próprio sentido etimológico da palavra “treinamento”, que significa *adestrar, conformar*, pode consistir de um programa construído de maneira uniforme para as diferentes realidades, sem possibilitar o diálogo, centrado nos aspectos tecnicistas e biologicistas, os quais possuem importante valor, porém com eles, na maioria das vezes, advém o reducionismo. Apesar do conhecimento técnico adquirido nas “capacitações”, este não é suficiente para uma compreensão do AM na sua rede sociobiológica e cultural, nem tampouco para mudança da prática profissional (CASTRO; ARAÚJO, 2006). As práticas pedagógicas também precisam ser revistas, na formação e no preparo dos profissionais de saúde, buscando nesse processo de ensino-aprendizagem que o mesmo se torne significativo¹³ para os envolvidos (BRASIL, 2005c).

A lógica da aprendizagem significativa também se pode aplicar para grupos educativos de mães. A implementação de um método de ensino problematizador do AM que possa contribuir na construção de novas competências para os profissionais, possibilitando uma reflexão mais crítica e construtiva da realidade da amamentação, gerando a proposta de mudança do paradigma, que possa ser construída coletivamente, onde se compreenda a amamentação na sua dimensão subjetiva, integral e contextualizada aos fatores socioculturais, além dos atributos biológicos. É preciso que ocorra a criação de espaços onde não se julguem os conceitos das mães, mas que se valorizem sua fala e seus sentimentos, ajudando na reelaboração de práticas e conceitos que possam se aplicar mais ao contexto atual, permitindo que a mulher seja um agente ativo e não passivo nas decisões de seu corpo e seu processo de amamentar.

¹³ A aprendizagem significativa acontece quando aprender uma novidade faz sentido para nós. Geralmente isso ocorre quando a novidade responde a uma pergunta nossa e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Isso é bem diferente da aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdos. Na aprendizagem significativa acumulamos e renovamos experiências. (BRASIL, 2005c, p. 12).

Outro aspecto que nos chamou a atenção foi esclarecer o significado de apoio não somente profissional como também familiar, no que diz respeito à amamentação. O apoio familiar para as mulheres pode estar relacionado a diferentes necessidades, desde a ajuda nos afazeres domésticos até o afeto.

Em relação aos aspectos relacionados às condições do trabalho materno, temos conquistas, porém ainda temos desafios a serem percorridos para assegurar maior proteção à prática da amamentação. O desafio neste âmbito implica que a mudança de paradigma acerca da amamentação também seja incorporada por empregadores de natureza pública e privada, e também por aqueles que elaboram as leis e os que têm poder de fazer com que elas sejam cumpridas.

Nosso estudo teve como diretriz os atributos/princípios da ABS, e desse modo podemos avistar muitos descaminhos que apontaram impasses, resistências e até “incapacidades” em romper com o paradigma biológico e hegemônico de caráter mecanicista.

Concebemos que esses descaminhos se configuram de maneira complexa, não cabendo respostas únicas ou soluções imediatas. O modo organizacional mostra que os serviços de saúde têm funcionado de maneira burocrática, enrijecida, com profissionais despreparados para lidar com a população e desmotivados por várias causas, as quais nem sempre se tornam explícitas, sendo a mais evidenciada a falta de reconhecimento profissional e financeiro, remetendo com isso a um sistema autoritário, segmentado e descompromissado com um novo modelo de assistência à saúde.

As vozes das mulheres que compuseram esta pesquisa possibilitaram apreender como o modo de produzir cuidado está pautado em práticas descontextualizadas, colocando em evidência a falta de escuta, a ausência de diálogo, a não valorização da fala feminina, desconsiderando-a como um sujeito. Podemos, também, identificar uma (des)continuidade, (des)corresponsabilização, o não uso do sistema de referência e contrarreferência, caracterizado pela desarticulação entre os serviços municipais. A falta de apoio profissional, desse modo, não se configura somente na falta de escuta, nos discursos mecanizados e fragmentados dos profissionais de saúde, mas também na ausência de continuidade do cuidado, caracterizada pela ausência de visitas domiciliares sistematizadas às puérperas e a seus filhos, ou mesmo, pela sua realização com o objetivo simplista de cumprir meta.

Observamos, então, nestas análises, a urgência da construção de espaços de articulação e negociação, para o funcionamento de uma rede regionalizada e

hierarquizada direcionada à saúde da mulher e da criança, no sentido de dar continuidade ao cuidado que tanto mãe como bebê necessitam no processo do AM que é tão peculiar.

Desse modo, precisamos (re)construir um sistema de referência e contrarreferência eficaz que tome como diretriz uma política de visita domiciliar assim que a puérpera retorne para casa, preferencialmente na primeira semana de vida do RN, mesmo em regiões desprovidas de ESF ou EACS. Diante das condições de cada serviço, pode-se ter que investir em melhoria do quadro de pessoal, mas também precisamos estar atentos em decidir por critérios de prioridade, considerando os riscos para o desmame, quer seja de natureza objetiva como subjetiva. Concomitante a esta (re)construção, precisamos mudar a prática profissional vigente na atenção ao AM, por meio de uma abordagem mais significativa, contextualizada e horizontal, norteadas pelo acolhimento, pelo vínculo, pela escuta e pautada na integralidade.

Acreditamos que o estabelecimento de encontros entre profissional da saúde e a nutriz, onde os profissionais estabeleçam a escuta ampliada permitindo que a mulher tenha sua fala escutada, valorizada, decodificada e consegue expor suas dúvidas, medos, inseguranças, crenças, por meio do diálogo em um ambiente acolhedor com o envolvimento dos familiares, teremos mais potencialidades para a construção de um novo paradigma da amamentação, que vai além do biológico e considera suas dimensões socioculturais e psicológicas, onde a mulher que não amamenta não é julgada ou repreendida, mas sim apoiada e fortalecida no seu papel de mãe.

Referências

ACKRÉ, J. **Alimentação infantil: bases fisiológicas**. São Paulo: Organização Mundial da Saúde, 1994.

AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2003. 166 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

ALVES, C. R. L.; GOULART, E. M. A.; COLOSIMO, E. A.; GOULART, L. M. H. F. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1355-67, jun. 2008.

ALMEIDA, C. Crise econômica, crise do “Welfare State” e reforma sanitária. In: _____. **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1991. 297 f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

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

ALMEIDA, J. A. G.; GOMES, R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 71-5, 1998.

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 119-25, 2004.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia moderna**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

ARAÚJO, M. F. M. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas para prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução L. Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 1979.

BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). Sociedade Civil Bem Estar Familiar. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: PNDS/96**. Brasília, DF: BEMFAM, 1997.

BITTENCOURT, L. J.; OLIVEIRA, J. S.; FIGUEIROA, J. N.; BATISTA FILHO, M. Aleitamento materno no estado de Pernambuco: prevalência e possível papel das ações de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 439-48, out.-dez. 2005.

BOWBY, J. **Apego**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BRASIL. Decreto-Lei 5.452 de 1 de maio de 1943. Brasília, DF, 1943. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=75526>. Acesso em: 15 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa da Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal: relatório preliminar**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: humaniza SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municípios de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos Municípios**. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Conceitos e Caminhos a percorrer**. Brasília, DF, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Lei 11.770, de 9 de setembro de 2008. Brasília, DF, 2008a. Disponível em: <<http://www.receita.fazenda.gov.br/legislacao/leis/2008/lei11770.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Relatório. Versão preliminar. Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF, 2009a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, DF, 2009b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **TABWIN**: média de permanência em partos para residentes em Serrana-SP no ano de 2009. Brasília, DF, 2009c. Disponível em: <<http://msdbs.datasus.gov.br/rdsp0901-rdsp0912>>. Acesso em: 05 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). **Vigilância Epidemiológica de Serrana – SP**. Brasília, DF, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência – Serrana-SP. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrsp.def>> Acesso em: 19 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <<http://200.214.130.35/dab>> Acesso em: 11 nov. 2010.

CAMINHA, M. F. C.; BATISTA FILHO, M.; SERVA, V. B.; ARRUDA, I. K. G.; FIGUEIROA, J. N.; LIRA, P. I. C. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 240-8, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MEHRY, E. E.; ONOKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. parte 3, p. 229-66.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa do grupo focal em investigações sobre o abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 285-93, 1996.

CARRASCOZA, K. C.; COSTA JÚNIOR, A. L.; AMBROZANOS, G. M. B.; MORAES, A. B. A. Análise de variáveis biopsicossociais relacionadas ao desmame precoce. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 93-104, 2005.

CARVALHAES, M. A.; PARADA, C. M.; COSTA, M. P. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu – SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 62-9, 2007.

CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. **Aleitamento materno: manual prático**. 2. ed. Londrina: Athalaia, 2006.

CASTRO, M. J. A mulher com dificuldades para amamentar. Algumas considerações psicanalíticas. In: CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. (Orgs.). **Aleitamento materno: manual prático**. 2. ed. Londrina: Athalaia, 2006. cap. 21, p. 173-218.

CESAR, J. A.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; SANTOS, I. S.; FLORES, J. A. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during post neonatal period in Brazil: nested case-control study. **British Medical Journal**, London, v. 318, p. 1316-20, 1999.

COTRIM, L. C.; VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 2, n. 3, p. 245-52, set.-dez. 2002.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G. **Aleitamento materno e meio ambiente: entendendo a passagem de substâncias pelo leite materno**. Ribeirão Preto: Scala, 1998.

DEL CIAMPO, L. A.; FERAZ, I. S.; DANELUZZI, J. C.; RICO, R. G.; MARTINELLI JUNIOR, C. E. Aleitamento materno exclusivo: do discurso à prática. **Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 22-26, 2008.

DEWEY, K. G. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. **Journal of Nutrition**, v. 131, n. 11, p. 3012-5, 2001. Disponível em: <<http://jn.nutrition.org/content/131/11/3012S.full>> Acesso em: 02 ago. 2010.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão de duração. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, set.-out. 2006.

FIGUEIREDO, M. G.; SARTORELLI, D. S.; ZAN, T. A. B.; GARCIA, E.; SILVA, L. C.; CARVALHO, F. L. P.; PASCOTTO, R. C.; MACRI, S.; CARDOSO, M. A. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 172-9, jan.-fev. 2004.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 17-27, 2008.

FRANÇA, G. V. A.; BRUNKEN, G. S.; SILVA, S. M.; ESCUDER, M. M.; VENANCIO, S. I. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 711-8, out. 2007.

FRANÇA, M. C. T.; GIUGLIANI, E. R. J.; OLIVEIRA, L. D.; WEIGERT, E. M. L.; ESPIRITO SANTO, L. C.; KÖHLER, C, V.; BONILHA, A. L. L. O uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 607-14, 2008.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, MG, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-53, abr.-jun. 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. cap. 3, p. 55-124.

FREED, G. L.; FRALEY, J. K.; SCHANLER, R. J. Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. **Pediatrics**, v. 90, n. 2 Pt 1, p. 224-7, 1992.

GAÍVA, M. A. M.; MEDEIROS, L. S. Lactação insuficiente: uma proposta de atuação do enfermeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 2, p. 255-262, maio-ago. 2006.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília, DF: Liber-Livro, 2005.

GERSTEIN, H. C. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. **Diabetes Care**, v. 17, p. 13-9, 1994.

GIGANTE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 259-65, 2000.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. 146-55, 1994. Suplemento 1.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação: como e por que promover. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. 138-50, 1994.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 238-52, 2000.

GIUGLIANI, E. R. J.; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S117-8, 2004. Suplemento.

GOMES, P. T. T. **Práticas alimentares de crianças menores de um ano que compareceram na segunda etapa da campanha de vacinação nos postos de saúde fixos da cidade de Guarapuava-PR, em 2004**. 2005. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

GUSMAN, C. R. **Os significados da amamentação na perspectiva das mães**. 2005. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

HABICHT, J. P.; DA VANZO J.; BUTZ, W. P. Does breastfeeding really save lives, or are apparent benefits due to biases? **American Journal of Epidemiology**, v. 123, p. 279-90, 1986.

HORTA, B. L.; OLINTO, M. T.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; GUIMARÃES, P. R. V. Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 43-8, 1996.

HORTA, B. L.; BAHL, R.; MARTINES, J. C.; VICTORA, C. G. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses**. Geneva: OMS, 2007.

HOWARD, C. R.; HOWARD, F. M.; LANPHEAR, B.; EBERLY, S.; DEBLIECK, E. A.; OAKES, D.; LAWRENCE, R. A. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. **Pediatrics**, v. 111, n. 3, p. 511-8, 2003.

HUFFMAN, S. L.; YEAGER, B. A.; LEVINE, R. E.; SHELTON, J.; LABBOK, M. **Breastfeeding saves lives: an estimate of the impact of breastfeeding on infant mortality in developing countries**. Bethesda: Center to Prevent Childhood Malnutrition Publication, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2009**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 15 abr. 2010.

ISSLER, H.; LEONE, C.; QUINTAL, V. S. Duração do aleitamento materno em uma área urbana de São Paulo. **Boletim da Oficina Panamericana de Saúde**, Washington DC, v. 106, p. 513-22, 1989.

JAVORSKI, M.; SCOCHI, C. G. S.; LIMA, R. A. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 35, p. 34-6, jan.-fev. 1999.

JONES, G.; STEKETEE, R. W.; BLACK, R. E.; BHUTTA, Z. A.; MORRIS, S. S. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**, London, v. 362, p. 65-71, 2003.

KITOKO, P. M.; REA, M. F.; VENÂNCIO, S. I.; VASCONCELOS, A. C. P.; SANTOS, E. K. A.; MONTEIRO, C. A. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1111-9, 2000.

LEITÃO, L. R. G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. **Saúde em Debate**, n. 47, p. 46-9, jun. 1995.

LEITE, A. M.; SILVA, I. A.; SCOCHI, C. G. S. Comunicação não – verbal: uma contribuição para o aconselhamento em amamentação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 258-64, abr. 2004.

LIMA, T. A.; OSÓRIO, M. M. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da Região Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 3, n. 3, p. 305-14, jul.-set. 2003.

LITTMAN, H.; MEDENDORP, S. V.; GOLDFARB, J. The decision to breastfeed: the importance of father's approval. **Clinical Pediatrics**, v. 33, n. 4, p. 214-9, 1994.

MALDONADO, M. T. **Comunicação entre pais e filhos: a linguagem do sentir**. 22. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MANCIAUX, M. Amamentação materna e doenças infecciosas nos países em desenvolvimento. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 35-44, 1982.

MARQUES, R. F. S. V.; LOPES, F. A.; BRAGA, J. A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 99-105, 2004.

MARTINS FILHO, J. M. **Como e porque amamentar**. São Paulo: Sarvier, 1984.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-14, jul-set. 2006.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. P. M.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B. A comunicação como ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002. São Paulo. **Anais...** São Paulo: EERP, 2002. p. 122.

MELLO, S. L. **Amamentação**: contínuo aprendizado. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E. Engravidando palavras: o caso da integralidade. In: _____. **Construção social da demanda**: direito à saúde. Trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005, p. 195-206.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-62, jul.-set. 1993.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MORAIS, A. E. P.; ARAÚJO, L. D. S.; VARGAS, V. M. Desmame. In: CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. (Orgs.). **Aleitamento materno**: manual prático. 2. ed. Londrina: Athalaia, 2006. cap. 20, p. 165-71.

MORGAN, D. L. **Focus groups as qualitative research**. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage, 1997.

NAKANO, A. M. S. **O aleitamento materno no cotidiano feminino**. 1996. 169 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R. A. Q.; DIAS, L. A.; NOVAIS, D. H. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 87-94, 2009.

NOTZON, F. Trends in infants feeding in developing countries. **Pediatrics**, v. 74, p. 648-66, 1984.

OLIVEIRA, M. M. B.; VANNUCHI, M. T. O. Baixa produção de leite. In: CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. (Orgs.). **Aleitamento materno: manual prático**. 2. ed. Londrina: Athalaia, 2006. cap. 14, p. 123-6.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Saiba como é a licença-maternidade em outros países**. 18 out. 2007. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Economia_Negocios/0,,MUL152496-9356,00.html>. Acesso em: 20 jan. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis**. Genebra: OMS/UNICEF, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna**. Genebra, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Amamentação**. Genebra, 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/amamentar.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata**. Ginebra, 1978.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Reunion conjunta OMS/UNICEF sobre la alimentacion del lactente y del niño pequeño**. Ginebra: OMS/UNICEF, 1979.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 466-74, 2008.

PARIZOTO, G. M.; PARADA, C. M. G. L.; VENÂNCIO, S. I.; CARVALHAES, M. A. B. L. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 3, p. 201-8, maio-jun. 2009.

PEREIRA, M. J. B. **O olhar da enfermeira sobre o treinamento do núcleo de aleitamento materno** – um despertar profissional. 1996. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar** – potência pra (re)construção da prática de saúde e de enfermagem. 2001. 314 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008. 237 f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PEREIRA, M. J. B.; REIS, M. C. G.; NAKANO, A. M. S.; SANTOS, C. B.; VILLELA, M. R. G. B.; LOURENÇO, M. C. P. Indicadores do aleitamento materno no município de Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 36-43, 2004.

PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S. A assistência domiciliar: conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1001-10, Nov.-dez. 2005.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame precoce: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 385-90, 2003.

REA, M. F. Reflexos sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 37-45, 2003. Suplemento 1.

REA, M. F.; VENÂNCIO, S. I.; BATISTA, L. E.; SANTOS, R. G.; GREINER, T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 149-56, 1997.

REGO, J. R. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Núcleo de Aleitamento Materno da EERP-USP (NALMA). Programa de Aleitamento Materno. **Manual de procedimentos**: prevenção e tratamento das intercorrências mamárias na amamentação. Ribeirão Preto, 1998.

RICCO, R. G. **Estudo sobre o aleitamento materno em Ribeirão Preto**. 1975. 68 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1975.

RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; ALMEIDA, C. A. N. Aleitamento materno. In: _____. **Puericultura: princípios e práticas. Atenção Integral à Saúde da Criança.** São Paulo: Atheneu, 2000. p. 29-38.

ROIG, A. O.; MARTINEZ, M. R.; GARCIA, J. C.; HOYOS, S. P.; NAVIDAD, G. L.; ÁLVAREZ, J. C. F.; PUJALTE, M.; DEL MAR, C.; GONZÁLEZ, R. G. L. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 373-80, maio-jun. 2010.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde.** 4. ed. Campinas: Unicamp, 1994.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual de orientação ao gestor para implantação da linha de cuidado da gestante e da puérpera.** São Paulo: SES/SP, 2010.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado de São Paulo. Instituto de Saúde. **Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação.** Manual do Coordenador Municipal. São Paulo, 2009.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidade de saúde e Atenção primária. In: _____. **Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica.** São Paulo: Hucitec, 1996. cap. 1, p. 29-47.

SENA, M. C. F.; SILVA, E. F.; PEREIRA, M. G. Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 613-21, maio-jun. 2002.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187-92, 2000.

SERRANA. Prefeitura Municipal. **Termo de compromisso. Convênio para estágio entre o município de Serrana-SP e a Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP.** Serrana, 2005.

SERRANA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde de Serrana. **Plano Municipal da Saúde do Município de Serrana – SP.** Serrana, 2009.

SILVA, A. A. M. **Amamentação: fardo ou desejo?** Estudo histórico – social dos saberes e práticas sobre o aleitamento materno na sociedade brasileira. 1990. 320 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SILVA, I. A. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios.** São Paulo: Robe Editorial, 1997.

SILVA, N. N. **Amostragem probabilística**. São Paulo: EDUSP, 1998.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde – o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVA, S. M.; BRUNKEN, G. S.; FRANÇA, G. V. A.; ESCUDER, M. M. VENANCIO, S. I. Evolução do aleitamento materno em uma capital da região centro-oeste do Brasil entre 1999 e 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1539-46, jul. 2007.

SJOLIN, S.; HOFVANDER, Y.; HILLERVIK, C. Factors related to early termination of breast feeding. A retrospective study in Sweden. **Acta Paediatrica Scandinavica**, v. 66, p. 505-11, 1977.

SOUSA, L. A. **Promoção – apoio ao aleitamento materno: binômio ou antítese?** Uma caracterização das práticas do profissional de saúde na perspectiva da mulher no processo aleitamento materno. 2006. 197 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STUEBE, A. M.; RICH-EDWARDS, J. W.; WILLETT, W. C.; MANSON, J. E.; MICHELS, K. B. Duration of lactation and incidence of type 2 Diabetes. **JAMA**, Chicago, v. 294, n. 20, p. 2601-10, 2005.

SUSIN, L. R. O.; GIUGLIANI, E. R. J. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 141-7, 2005.

TACLA, M. T. G. M. Ouvir, entender e orientar. In: CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. (org). **Aleitamento materno: manual prático**. 2. ed. Londrina: Athalaia, 2006. cap. 5, p. 51-4.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VALDÉS, V.; SÁNCHEZ, A. P.; LABBOK, M. **Manejo clínico da lactação: assistência à nutriz e ao lactente**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VENÂNCIO, S. I. **Projeto Amamentação e Municípios**. São Paulo: Instituto de Saúde/Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 1998. Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br/amamu/bru.html>>. Acesso em: 20 fev. 2010.

VENÂNCIO, S. I.; MONTEIRO C. A. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 40-9, 1998.

VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; KITOKO, P.; REA, M. F.; MONTEIRO, C. A. Práticas de alimentação infantil no primeiro ano de vida em 87 municípios do Estado de São Paulo segundo os indicadores da OMS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, Salvador. **Livro de Resumos...** Salvador: Abrasco, 2000. v. 5. p. 369.

VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; KITOKO, P.; REA, M. F.; MONTEIRO, C. A. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo, 1998. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 313-8, jun. 2002.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. cap. 6, p. 64-5.

VICTORA, C. G.; SMITH, P. G.; VANGHON, J. P.; NOBRE, L. C., LOMBARDI, C.; TEIXEIRA, A. M. Evidence for protection by breastfeeding against infants deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet**, London, v. 2, p. 319-22, 1987.

VICTORA, C. G.; FUCHS, S. C.; KIRKWOOD, B. R.; LOMBARDI, C.; BARROS, F. C. Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 70, n. 4, p. 467-75, 1992.

VICTORA, C. G.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S.; BARROS, A. J. D.; HORTA, B. L.; BARROS, F. C. Amamentação e padrões alimentares em três coortes de nascimento no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 409-16, 2008.

VIEIRA, G. O.; ALMEIDA, J. A. G.; SILVA, L. R.; CABRAL, V. A.; NETTO, P. V.S. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 143-150, abr.-jun. 2004.

VINHA, V. H. P. **O livro da amamentação**. São Paulo: CLR Balieiro, 2002. p. 37-66.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). UNICEF. **Protecting, promotion and supporting breast-feeding**. Geneva: WHO, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. UNICEF. **Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breast-feeding**. Meeting "Breast-feeding in the 1990s: A global initiative". Florence: World Health Organization, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. UNICEF. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge**. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_98.1.pdf> Acesso em: 14 abr. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **54th World Health Assembly**. Geneva, 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/wormcontrol/documents/wha/en/>> Acesso em: 10 dez. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child**. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compefeeding_breastfed.pdf> Acesso em: 15 mar. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses**. Geneva, 2007. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf> Acesso em: 10 out. 2010.

ZUFFI, F. B. **A atenção dispensada aos usuários com úlcera venosa: percepção dos usuários cadastrados nas Equipes de Saúde da Família**. 2009. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Apêndices

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Questões para mães com crianças em Aleitamento Materno Exclusivo:

1 – A senhora poderia me falar como tem sido sua experiência em relação à amamentação do *(nome do bebê que recebeu a vacina na 2ª etapa da campanha nacional de vacinação antipólio, de 2009.)*

2 – O que tem ajudado ou facilitado a senhora estar dando o peito para ele? Além desta questão a senhora destacaria mais alguma?

3 – O que a senhora considera que seja fundamental ou importante para que a mulher possa amamentar por um tempo prolongado?

Questões para mães com crianças que não estavam em Aleitamento Materno Exclusivo:

1 – A senhora poderia me falar como tem sido a experiência da senhora em relação à amamentação do *(nome do bebê que recebeu a vacina na 2ª etapa da campanha nacional de vacinação antipólio, de 2009)*. Buscar identificar que tipo de alimento está oferecendo além do leite materno.

2 – O que aconteceu que a senhora precisou oferecer outro(s) alimento(s) que foi(ram) identificado(s) na questão anterior, para o *(nome do bebê que recebeu a vacina na 2ª etapa da campanha nacional de vacinação antipólio, de 2009)*.

3 – Como a senhora tomou a decisão? Sozinha ou com ajuda de alguém (familiar, amiga, profissional de saúde)?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Prezada Senhora: _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa com o nome **Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana-SP**. O objetivo deste trabalho é identificar como está sendo oferecido o leite materno para as crianças menores de seis meses que compareceram na segunda etapa da campanha de vacinação contra a poliomielite (vacina da gotinha) e identificar a causas que facilitaram ou dificultaram o aleitamento materno exclusivo.

Num primeiro momento, foi feito um questionário no dia da campanha de vacinação no qual a senhora participou e, neste momento, estamos solicitando sua participação e autorização para realizarmos uma entrevista, que será gravada. Esta participação possibilitará dar sequência em nosso estudo, visando agora, mais especificamente, a conversarmos sobre as facilidades e dificuldades do aleitamento materno. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou gastos ou de outra natureza à sua pessoa e serão mantidas em segredo; ainda a qualquer momento da pesquisa caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento e para isso você poderá entrar em contato com o telefone (16) 3602-3391 e chamar pela Professora Maria José Bistafa Pereira ou então no telefone (16) 3987-1299 e falar com a Enfermeira Mariangela Carletti Queluz.

Uma das cópias deste termo ficará com a senhora e a outra ficará com a pesquisadora, sendo ambas assinadas pela pesquisadora responsável.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária.

Atenciosamente.

Mariangela Carletti Queluz
Enfermeira

Maria José Bistafa Pereira
Professora da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto – USP

Eu, _____, aceito participar da pesquisa **Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana-SP** e estou ciente de que a entrevista será gravada e seus resultados tratados em segredo, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Serrana, _____ de _____ de 2010

Assinatura _____

APÊNDICE C – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

1. O moderador faz uma breve autoapresentação e registra como gostaria de ser chamado (nome ou apelido)
2. Proporciona uma breve autoapresentação dos integrantes. Solicita nesta apresentação que cada um manifeste como gostaria de ser chamado (nome ou apelido).
3. Providencia material de identificação para que todos os presentes tenham seu nome ou apelido registrado e possibilite o diálogo, sendo tratado pela identificação escolhida.
4. Agradece o aceite ao convite feito para estarem no grupo focal.
5. Expõe por que os integrantes foram escolhidos/convidados.
6. Abre para esclarecimentos sobre a pesquisa.
7. Apresenta o cronograma da reunião.
8. Expõe sobre o uso do gravador e solicita a autorização do mesmo.
9. Expõe o termo de consentimento livre e esclarecido, bem como sua assinatura.
10. Enfatiza que não há certo ou errado, e sim diferentes pontos de vista, e que não se está em busca do consenso.

Questões norteadoras:

1. **O que ajudou vocês a dar o peito?**
2. **Conte-nos melhor como é o apoio da família? Você consegue traduzir esse apoio? O que você esperava de sua mãe, de seu marido ou companheiro, etc.? Qual suporte?**
3. **Tem outro tipo de apoio que vocês consideram que contribui para dar o peito?**
4. **O que vocês acham que deveria mudar nas nossas atitudes, enquanto profissionais de saúde?**
5. **Vocês têm alguma coisa a falar sobre o “leite fraco”?**

Este roteiro se deu de maneira flexível, de modo que nos permitiu realizar alguns ajustes no decorrer do desenvolvimento do grupo, como a inclusão de tópicos não previstos.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO GRUPO FOCAL

Prezada Sra. _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com o nome **Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana-SP**. O objetivo deste trabalho é identificar como está sendo oferecido o leite materno para as crianças menores de seis meses que compareceram, na segunda etapa da campanha de vacinação contra a poliomielite e identificar a causas que facilitaram ou dificultaram oferecer somente o leite materno para os bebês até eles completarem seis meses de idade.

Num primeiro momento, foi feito um questionário no dia da campanha de vacinação contra a poliomielite (vacina da gotinha) no qual a senhora participou. Em um segundo momento, a senhora participou de uma entrevista que foi gravada com sua autorização. Neste momento, gostaríamos de contar com sua participação no desenvolvimento de um encontro, em grupo, ou seja, teremos 08 a 10 mães que responderam às perguntas na entrevista individual, conversando sobre as dificuldades para dar o leite de peito ao bebê e também sobre as coisas que facilitaram amamentar o bebê. Esta participação possibilitará dar sequência em nosso estudo, visando agora, mais especificamente, a conversarmos sobre as facilidades e as dificuldades do aleitamento materno. As informações e opiniões que forem dadas por você não causarão nenhum dano, risco e gastos ou de outra natureza à sua pessoa e serão mantidas em segredo. Também informamos que a qualquer momento da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento. Para se comunicar com os pesquisadores sobre qualquer esclarecimento, entrar em contato através do telefone (16) 3602-3391 e chamar pela Professora Maria José Bistafa Pereira ou então no telefone (16) 3987-1299 e falar com a Enfermeira Mariangela Carletti Queluz.

Uma das cópias deste termo ficará com a senhora e a outra ficará com a pesquisadora, sendo ambas assinadas pela pesquisadora responsável.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária.

Atenciosamente.

Mariangela Carletti Queluz
Enfermeira

Maria José Bistafa Pereira
Professora da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto – USP

Eu, _____, aceito participar do grupo focal da pesquisa **Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana-SP** e estou ciente de que o grupo focal será gravado e seus resultados tratados em segredo, e caso não queira mais participar da pesquisa, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Serrana, _____ de _____ de 2010.

Assinatura _____

Anexos

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

INSTITUTO DE SAÚDE/SES-SP
Projeto Amamentação e Municípios - 2009

☞ N° _____ (CÓDIGO PARA DIGITAÇÃO)		<input type="checkbox"/> RECUSA	
01-DATA: ____/____/____		02-ENTREVISTADOR: _____	
03-MUNICÍPIO: _____		04-UF: _____	
05-LOCAL DE VACINAÇÃO: _____		06-ÁREA <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
07- DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA ____/____/____		<input type="checkbox"/> Não há informação (ENCERRE A ENTREVISTA)	
08- SEXO DA CRIANÇA:		1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino	
09- QUAL O SEU PARENTESCO COM ESTA CRIANÇA?		1 <input type="checkbox"/> Mãe 2 <input type="checkbox"/> Pai 3 <input type="checkbox"/> Outro ou nenhum parentesco	
10-A CRIANÇA MORA NESTA CIDADE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
- O(A) SENHOR(A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALAR O NOME DE CADA ALIMENTO E O (A) SR.(A) ME RESPONDE SIM OU NÃO. (Q. 11 à Q. 34)			
11-TOMOU LEITE DE PEITO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/Q. 13) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/Q. 13)	
12-QUANTAS VEZES?		_____ (Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) 9 <input type="checkbox"/> Não sabe	
13-TOMOU ÁGUA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
14-TOMOU CHÁ?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
15-TOMOU OUTRO LEITE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/Q.17) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/Q. 17)	
16-A CRIANÇA RECEBEU ESSE OUTRO LEITE (Leia as alternativas e assinale apenas uma)			
1 <input type="checkbox"/> Só durante o dia? 2 <input type="checkbox"/> Só à noite? 3 <input type="checkbox"/> De dia e de noite? 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
17-TOMOU MINGAU DOCE OU SALGADO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
18-COMEU FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
19-COMEU COMIDA DE SAL (DE PANELA, PAPA, SOPA)		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/Q.26) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/Q.26)	
20-QUANTAS VEZES? 1 <input type="checkbox"/> 1 vez 2 <input type="checkbox"/> 2 vezes 3 <input type="checkbox"/> 3 vezes ou mais 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
21-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)			
1 <input type="checkbox"/> Igual à da família? 2 <input type="checkbox"/> Preparada só para a criança? 3 <input type="checkbox"/> Industrializada (de potinho)? 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
☞ Q.21 — — — (Código para Digitação)			
22-ESSA COMIDA FOI (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)			
1 <input type="checkbox"/> Em pedaços? 2 <input type="checkbox"/> Amassada? 3 <input type="checkbox"/> Passada pela peneira? 4 <input type="checkbox"/> Liquidificada? 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
☞ Q.22 — — — — (Código para Digitação)			
23-A COMIDA TINHA ALGUM TIPO DE CARNE DE BOI, FRANGO, PEIXE, MIÚDOS?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
24-A COMIDA TINHA FEIJÃO, EM CALDO OU GRÃO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
25-A COMIDA TINHA LEGUMES E/OU VERDURAS?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
26-TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL OU ÁGUA DE COCO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ENTREVISTADOR, LEMBRAR DE DIZER: “- DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ ESSA CRIANÇA”:			
27-TOMOU SUCO INDUSTRIALIZADO OU ÁGUA DE COCO EM CAIXINHA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
28-TOMOU REFRIGERANTE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
29-TOMOU CAFÉ?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
30-RECEBEU ALIMENTO ADOÇADO COM AÇÚCAR, MEL, MELADO, ADOÇANTE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
31-COMEU BOLACHA, BISCOITO OU SALGADINHO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
32-TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
33-ÚSOU MAMADEIRA OU CHUQUINHA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
34-ÚSOU CHUPETA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	

35-EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
36-EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome) 998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
☞ Q.36 <input type="checkbox"/> HAC (Digitador localize o nome desse Hospital na lista de Hospitais Amigo da Criança)			
37-QUAL FOI O TIPO DE PARTO?	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Fórceps 3 <input type="checkbox"/> Cesárea 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
38-A CRIANÇA MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA, LOGO APÓS O PARTO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
39-O(A) SR.(A) ESTÁ COM A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA EM MÃOS? (Considere apenas a nova Caderneta do Ministério da Saúde - capa azul e rosa)	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/ Q.43)		
40- [Se for a Mãe da criança]: - A SRA. LEU A CADERNETA? 1 <input type="checkbox"/> Sim, inteira 2 <input type="checkbox"/> Sim, algumas partes 3 <input type="checkbox"/> Não leu [Outros acompanhantes]: 9 <input type="checkbox"/> Não é a mãe (PASSE P/ Q.41)			
ENTREVISTADOR, VEJA OS GRÁFICOS DA CADERNETA DE SAÚDE (PARA MENINAS E MENINOS) E ANOTE (Q.41 E Q.42)			
41- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE PESO NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO? PARA MENINA (página 46 E 47) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não PARA MENINO (página 56 E 57) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não			
42- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE ALTURA NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO? PARA MENINA (página 48 E 49) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não PARA MENINO (página 58 E 59) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não			
43-QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g (Se necessário, anote da Caderneta) 9999 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
44-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA AS CONSULTAS DE ROTINA? (Assinale apenas uma alternativa) 1 <input type="checkbox"/> Serviço Particular ou Convênio 2 <input type="checkbox"/> Rede Pública: _____ (Anote o nome) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe/Não se aplica			
☞ Q.44 → Se REDE PÚBLICA especificar: 2 <input type="checkbox"/> UBS 3 <input type="checkbox"/> PACS/PSF 4 <input type="checkbox"/> Outros (Código para Digitação)			
FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES (Q. 45 à Q.49)			
45-LOGO APÓS O NASCIMENTO, COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE? ____ Anote em dias. (PASSE P/ Q.46) 998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)] 999 <input type="checkbox"/> Não Sabe [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]			
NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA			
46-MAMOU NO PEITO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
47-TOMOU OUTRO LEITE?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
48-TOMOU ÁGUA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
49-TOMOU CHÁ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO QUANDO O ACOMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA (Q. 50 à Q. 55)			
50-QUAL É A IDADE DA SRA.? _____ (Anos completos)			
51-ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)		
52-A SRA. SABE LER E ESCREVER?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (Assinale abaixo)	54-E GRAU? (Assinale abaixo)		
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> INCOMPLETO 2 <input type="checkbox"/> COMPLETO
0 <input type="checkbox"/> SEM ESCOLARIDADE	1 <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL	2 <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO	3 <input type="checkbox"/> SUPERIOR
☞ Q.53 _____ ☞ Q.54 _____ (Código para Digitação)			
55-SOBRE O TRABALHO, NESTE MOMENTO A SRA.: (Leia as alternativas e assinale apenas uma) 1 <input type="checkbox"/> Está trabalhando fora 2 <input type="checkbox"/> Não está trabalhando fora 3 <input type="checkbox"/> Está sob Licença Maternidade			
Observações:			

ANEXO B



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 131/2009

Ribeirão Preto, 18 de junho de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 118ª Reunião Ordinária, realizada em 17 de junho de 2009.

Protocolo: n° 1053/2009

Projeto: A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE SERRANA-SP.

Pesquisadores: Maria José Bistafa Pereira
Mariangela Carletti Queluz

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Maria José Bistafa Pereira

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO C



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 163/2009

Ribeirão Preto, 15 de julho de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que as modificações do projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS AD REFERENDUM**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 14 de julho de 2009.

Protocolo: nº 1053/2009

Projeto: A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE SERRANA-SP.

Pesquisadores: Maria José Bistafa Pereira
Mariangela Carletti Queluz

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Maria José Bistafa Pereira

Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa**

Protocolo nº: 01053/2009

Entrada: 19/05/2009

Pesquisadores: Profa. Dra Maria José Bistafã Pereira
Marianela Carletti Queluz (mestranda)

Parecer

Título do Projeto: A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE SERRANA- SP.

Apreciação Geral: Este parecer trata-se da apreciação da modificação na metodologia para obter o consentimento para participação na pesquisa, documentação constante à folha a 025 a 041 do processo.

Folha de Rosto: sem alteração

Introdução: sem alteração

Metodologia: solicita usar o consentimento verbal ao invés do TCLE, pois agilizará a realização das entrevistas, sem que haja prejuízo do andamento das atividades da vacinação.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: apresenta o Termo de apresentação da pesquisa, que será lido a cada mãe ou responsável pela criança e se concordarem será entregue uma filipeta a com o nome, endereço/telefone para contato com o pesquisador.

Outros Comentários: consta a aprovação e o projeto de pesquisadores que estão realizando a mesma pesquisa em outro centro.

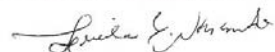
Entendemos que a segunda parte da pesquisa (estudo qualitativo) continuará da mesma forma, onde deve ser aplicado o TCLE conforme apresentado no projeto inicial.

Aspectos Éticos: sem alterações

Esclarecimentos Necessários: não se aplica

Pelo exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, considera a presente modificação no protocolo **APROVADO**.

Ribeirão Preto, 14 de julho de 2009



ANEXO D**Universidade de São Paulo****Faculdade de Saúde Pública****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP**

Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

Telefones: (55-11) 3066- 7779 – fone/fax (55-11) 3064 -7314 – e-mail: mdgracas@usp.br

Of.COEP/181/01

19 de setembro de 2001

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou e aprovou** em sua 7.^a/01 Sessão Ordinária, realizada em 11.09.01, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o protocolo de pesquisa n.º 548, intitulado “PREVALÊNCIA E DETERMINANTES DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA NO ESTADO DE SÃO PAULO”, apresentado pela pesquisadora Sonia Isoyama Venância.

O Comitê recomenda que, em caso de não concordância dos municípios, os resultados mantenham o anonimato das fontes primárias de dados.

Atenciosamente,

Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

ANEXO E



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0196/2010

Ribeirão Preto, 01 de setembro de 2010

Prezada Senhora,

Comunicamos que as modificações do projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 01 de setembro de 2010.

Protocolo: nº 1053/2009

Projeto: A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE SERRANA-SP.

Pesquisadores: Maria José Bistafa Pereira
Mariangela Carletti Queluz

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Maria José Bistafa Pereira
Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Protocolo nº: 01053/ 2009

Entrada: 19/05/2009

Pesquisadores: Profa. Dra Maria José Bistafa Pereira
Mariangela Carletti Queluz (mestranda)

Parecer

Título do Projeto: A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE SERRANA- SP.

Apreciação Geral: Este parecer trata-se da apreciação da documentação constante às folhas 044 e 045 do processo, solicitando modificação no projeto original já aprovado por esse comitê.

Folha de Rosto: sem alteração

Introdução: sem alteração

Metodologia: informa que para a complementação dos dados utilizará um grupo focal com as mães que participaram da entrevista semi estruturada.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: apresenta um novo TCLE de acordo com a Resolução 196/96.

Outros Comentários: não se aplica

Aspectos Éticos: sem alterações

Esclarecimentos Necessários: não se aplica

Pelo exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, considera as modificações pertinentes e mantém o projeto APROVADO.

aprovado ad referendum
Pesquisa da